

Weber, Almut

Alkoholabhängigkeit und Stigmatisierung –
Dargestellt anhand einer Befragung Betroffener

BACHELORARBEIT

HOCHSCHULE MITTWEIDA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein, 2013

Weber, Almut

Alkoholabhängigkeit und Stigmatisierung –
Dargestellt anhand einer Befragung Betroffener

eingereicht als
BACHELORARBEIT

an der
HOCHSCHULE MITTWEIDA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit
Roßwein, 2013

Erstprüferin: Frau Professor Dr. Wedler
Zweitprüfer: Herr Chefarzt Dr. Barth

Bibliografische Beschreibung:

Weber, Almut:

Alkoholabhängigkeit und Stigmatisierung – Dargestellt anhand einer Befragung Betroffener. 47 S.

Roßwein, Hochschule Mittweida/Roßwein (FH), Fakultät Soziale Arbeit, Bachelorarbeit, 2013

Kurzreferat

Alkoholkonsum ist ein gesellschaftlich gewolltes und gut etabliertes Ritual. Beginn, Ende und Menge des Alkoholkonsums nicht steuern zu können weicht allerdings von der sozialen Norm ab. Nimmt man die von der Allgemeinbevölkerung gewünschte soziale Distanz gegenüber psychisch Kranken als Indikator für Stigmatisierung, so gehören Menschen mit Alkoholabhängigkeit zu einer stark stigmatisierten Gruppe. Ausgehend von kulturhistorischen Aspekten des Alkoholkonsums und der Entwicklung des Krankheitsverständnisses sowie Ergebnissen der Stigmaforschung soll die Stigmatisierung alkoholabhängiger Menschen beleuchtet werden. Die Sichtweise Betroffener fließt Anhand einer Befragung in diese Arbeit ein. Diese stellt aber keine empirische Untersuchung im Sinne einer Beweisführung dar, sondern soll Aspekte der Stigmatisierung alkoholkranker Menschen verdeutlichen und konkretisieren.

Danksagung

Ich danke Frau Professorin Dr. Barbara Wedler und Herrn Chefarzt Dr. Thomas Barth für ihre wertvolle Unterstützung in Form von Hinweisen, Austausch und zuversichtlicher Ermutigung. Ein weiterer Dank gilt Fred de Jong, der mir bei der Datenverarbeitung mit seinem Wissen und langmütig beratend zur Seite stand. Meinen FreundInnen, KollegInnen und KommilitonInnen danke ich dafür, dass sie mir ihr geduldiges und/oder kritisches Auge und Ohr geliehen haben. Außerdem möchte ich mich bei meinen Eltern Martin und Luise Lempert und meinen Kindern Marie-Luise und Ferdinand bedanken, die mir während des Entstehungsprozesses nachsichtig den Rücken frei gehalten haben.

„Ich trinke“, antwortete der Säufer mit düsterer Miene.

„Warum trinkst du?“ fragte ihn der kleine Prinz.

„Um zu vergessen“, antwortete der Säufer.

„Um was zu vergessen?“ erkundigte sich der Prinz, der ihn schon bedauerte.

„Um zu vergessen, dass ich mich schäme“, gestand der Säufer und senkte den Kopf.

„Weshalb schämst du dich?“ fragte der kleine Prinz, der den Wunsch hatte, ihm zu helfen.

„Weil ich saufe!“ endete der Säufer und verschloss sich endgültig in sein Schweigen.

aus: Der kleine Prinz
Antoine de Saint-Exupéry

Nicht die Dinge an sich beunruhigen uns sondern die Meinungen, die wir von den Dingen haben.

Paul Watzlawik

Es ist leichter ein Atom zu zerstören als ein Vorurteil.

Albert Einstein

Inhaltsverzeichnis

I Theoretischer Teil	1
1 Einführung	1
2 Alkohol – Alkoholabhängigkeit.....	2
2.1 Alkohol als Nahrungs-, Heil-, Genuss- und Rauschmittel.....	2
2.1.1 Tribale Gesellschaften.....	2
2.1.2 Mittelalter	3
2.1.3 Reformation.....	4
2.1.4 Alkohol im 18. Jahrhundert.....	4
2.1.5 Alkohol im 19. Jahrhundert.....	5
2.1.6 Alkohol im 20. Jahrhundert.....	5
2.2 Die Entwicklung des Krankheitsverständnisses	7
2.2.1 Vorstufen zum Krankheitsverständnis	7
2.2.2 Trunksucht als Krankheit.....	8
2.2.3 Kontrollverlust und Chronizität des Krankheitsverlaufes	9
3 Stigma	13
3.1 Ausgangspunkte	13
3.2 Das Stigma-Konzept	14
3.2.1 Begriff.....	14
3.2.2 Stigmaentwicklung	15
3.2.3 Stigmatisierungsformen.....	16
3.2.4 Stigmatisierungsfolgen	16
3.2.5 Stigmamanagement	17
3.2.6 Gesellschaftliche Durchsetzung und Funktionen von Stigmata	18
3.3 Stigmatisierung und psychische Erkrankung	19
3.3.1 Etikettierungsansatz	19
3.3.2 Modifizierte Etikettierungstheorie und erweitertes Stigmakonzept	20
3.3.3 Untersuchungsergebnisse in der Stigmaforschung.....	21
3.4 Alkoholabhängigkeit und Stigma	23
3.4.1 Assoziierte Begriffe, Stereotype, Alltagstheorien	23
3.4.2 Einstellung der Bevölkerung zu Alkoholkranken	24

3.4.3 Hilfesuchverhalten	26
3.4.4 Alkoholabhängige Frauen und Stigmatisierung	27
3.4.5 Stigmatisierende Erfahrungen Angehöriger	27
II Empirischer Teil	29
4 Betroffenenbefragung und Thesen.....	29
5 Ergebnisse	31
5.1 Soziodemografische Daten	31
5.1.1 Befragungszeitraum und Teilnahmebedingungen	31
5.1.2 Zielgruppe	31
5.1.3 Befragungszeitpunkt.....	31
5.1.4 Durchschnittsalter.....	32
5.1.5 Bildungsabschlüsse.....	32
5.1.6 Beschäftigungsstatus	32
5.1.7 Beziehungsstatus	33
5.2 Problembezogene Daten	33
5.2.1 Behandlungsgrund	33
5.2.2 Wahrgenommene Problemdauer	33
5.2.3 Akzeptanz der Diagnose	33
5.2.4 Vorausgehende Entzugsbehandlungen	34
5.2.5 Vorausgehende Entwöhnungsbehandlungen.....	34
5.2.6 Kontakt zur Suchtberatungsstelle.....	35
5.2.7 Kontakt zu Selbsthilfegruppe.....	35
5.3 Stigmatisierungsbezogene Fragen.....	36
5.3.1 Verinnerlichte Stereotype über alkoholabhängige Menschen	36
5.3.2 Antizipierte Abwertung, Angst und Ablehnung im Umfeld	36
5.3.3 Persönliche Stigmatisierungserfahrungen.....	36
5.3.4 Folgen des Stigmaerlebens.....	37
5.3.5 Intensität des Stigmaerlebens	38
6 Diskussion der Ergebnisse	39
6.1 Gesamteindruck.....	39
6.2 Überprüfung der Thesen	39
6.2.1 Stigmabetroffenheit von Frauen	39

6.2.2 Diagnoseakzeptanz und Inanspruchnahme des Hilfesystems	40
6.2.3 Selbststigmatisierung versus persönliche Erfahrungen.....	42
6.2.4 Stigmafolgen	42
6.2.5 Auswirkung der Erkrankungsdauer	43
6.2.6 Betroffenheit der Familie	43
7 Zusammenfassung und Rückschlüsse für die Praxis	45
8 Kritische Würdigung	47
9 Anhang.....	48
9.1 Fragebogen.....	48
9.2 Tabellen	53
9.3 Literaturliste	63
Bücher.....	63
Zeitschriften.....	65
Sonstige Veröffentlichungen	67
9.4 Erklärung.....	70

I Theoretischer Teil

1 Einführung

Menschen, die von der Norm – der gesellschaftlichen Werteordnung – abweichen, unterliegen leicht der Gefahr stigmatisiert zu werden. Insbesondere psychisch kranke Menschen sind eine Personengruppe, für die dies in den letzten zwanzig Jahren vielfältig beschrieben wurde. Wenn andererseits Verschiedenheit und Varianz ebenso eine Berechtigung haben und nicht jede Abweichung Stigmatisierungsprozessen unterliegt, stellt sich die Frage, was eine besondere Auffälligkeit zu einem Stigma macht. Wesentliche Bausteine im Stigmatisierungsprozess sind vorhandene Stereotype, die zu Vorurteilen werden und somit zu Ausgrenzung und Abwertung führen können. Im Blick auf die „Geschichte des Wahnsinns“ – der Geschichte psychischer Krankheit und dem Umgang damit – werden die vorhandenen Stereotype deutlich.

In dieser Arbeit beschäftige ich mich speziell mit der Stigmatisierung alkoholabhängiger Menschen. Im ersten Teil werde ich deshalb im Kapitel 2 zunächst einen kulturhistorischen Blick auf Alkohol und Alkoholkonsum werfen, wie auch auf die Entwicklung des Krankheitsverständnisses der Alkoholabhängigkeit. Im dritten Kapitel erläutere ich das Stigmakonzept allgemein und in seiner Spezifizierung auf psychische Krankheit. Da Alkoholabhängigkeit zu den psychischen Erkrankungen zählt, jedoch spezielle Untersuchungsergebnisse zu Alkoholabhängigkeit und Stigmatisierung nur in geringer Zahl vorliegen, werde ich zunächst auf Forschungsergebnisse zur Stigmatisierung psychisch Erkrankter eingehen, um dann Ergebnisse der Stigmaforschung im Hinblick auf Alkoholabhängigkeit anzuschließen. Im zweiten Teil dieser Arbeit stelle ich die Ergebnisse einer Befragung von alkoholabhängigen Patienten der Station für Suchtmedizin des Klinikums Chemnitz gGmbH zu eigenen Stigmatisierungserfahrungen vor.

2 Alkohol – Alkoholabhängigkeit

Um die Stigmatisierung der von Alkoholabhängigkeit betroffenen Menschen zu verstehen, erscheint es mir wichtig, die Rolle alkoholischer Getränke kulturgeschichtlich zu betrachten und der Frage nachzugehen, mit welchem Bedeutungsgehalt Alkohol, Alkoholkonsum aber auch dessen Bekämpfung in den gesellschaftlichen Entwicklungszeiträumen aufgeladen war. Ich beschränke mich auf die Trinkkultur im germanischen bzw. mitteleuropäischen Raum, da der Vergleich kultureller Unterschiede den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde. In einem weiteren Schritt möchte ich Etappen der Entwicklung des Krankheitsverständnisses der „Trunksucht“ umreißen.

2.1 Alkohol als Nahrungs-, Heil-, Genuss- und Rauschmittel

2.1.1 Tribale Gesellschaften

Der Gebrauch berauschender Getränke ist schon aus prähistorischer Zeit bekannt und fand in den tribalen (stammesbezogenen) Gesellschaften nach den Gesetzen des archaischen Gelages statt. Das Gelage trug sakralen Charakter und war ein durch Rituale strukturiertes, transzendentes Gemeinschaftserlebnis. Die Getränke wurden speziell für dieses Ereignis hergestellt und es vollzog sich ein tagelanges Trinken mit der Verpflichtung zur Bewusstlosigkeit. Alkoholmissbrauch gab es praktisch nicht. Frauen blieben ausgeschlossen, für sie galt das Alkoholtrinken als verwerflich (vgl. Spode 1993, S. 17 ff; Spode 2001, S. 72).

Für den germanischen Raum wurden 300 v. Chr. Met und Bier als berauschende Getränke genannt. Unzweifelhaft hatten diese Getränke kultische und soziale Bedeutung (vgl. Spode 2001, S. 39 f.). Und, was wichtig ist: der hohe Alkoholkonsum war nicht stigmatisiert. Tacitus, der in seiner „Germania“ die Sitten und Gebräuche der Germanen schilderte, schrieb: „Tag und Nacht hindurch zu zechen gilt nicht als Schande“ (Tacitus, 98 n. Chr., zit. n. Spode 1993, S.18).

2.1.2 Mittelalter

In der Zeit des gesellschaftlichen Wandels durch Völkerwanderung und Christianisierung bis hin zum Mittelalter büßte das Gelage seine sakrale und soziale Funktion ein. In den zunehmend stratifizierten, sozial geschichteten Gesellschaftsordnungen mit sich entwickelnder Landwirtschaft (später Industrialisierung) und damit einhergehender Arbeitsteilung hatten vergorene Getränke einen hohen nutritiven Wert. Auf Grund der schlechten Qualität galt das Trinken von Wasser als gefährlich und war zudem eine Form der Selbstkasteiung oder ein Armutszeichen. Abweichend vom ernährungsbedingten Konsum oder außerhalb erlaubter Anlässe stattfindender Alkoholgenuss wurde als Missbrauch, als Sünde definiert. Die Prediger des Mittelalters warnten, „der Säufer nehme Schaden an ‚Seele, Ehre, Leib und Gut“ (Spode 2001, S. 73). Die Idee der Macht- und Willenlosigkeit gegenüber dem Alkohol klang an, indem davon gesprochen wurde, dass Betrunkene vom Wein beherrscht oder von Dämonen besessen seien. Sie konnten der Lächerlichkeit oder Verachtung preisgegeben werden. Allerdings zeigte sich schon hier eine Art Doppelmoral: hoher Alkoholverbrauch war verbreitet und zu Anlässen auch erwünscht. Das Ideal der Mäßigkeit wurde aber nur von wenigen gelebt (vgl. Spode 1993, S. 45 ff.; Spode 2001, S. 72 f.). „Dabei war und ist der Alkoholkonsum in komplexen Gesellschaften stets umstritten; er ist zumeist eingebettet in die moralische Debatte um das ‚richtige Leben“ (Spode 2007, S. 1).

Wein war schon in der Antike ein Luxusgetränk, mehr Genuss- als Nahrungsmittel. Im Judentum symbolisierte er Wohlergehen, wenngleich in der Bibel auch die negativen Folgen ausschweifenden Weinkonsums beschrieben werden (vgl. Spode 2001, S. 47 ff.). Mit dem Christentum breitete sich der Wein auch nördlich der Alpen aus und trug nicht das Stigma eines heidnischen Trankes. Mönche sorgten für seine Verbreitung, so dass der Wein, nicht zuletzt im Abendmahlsritual, „re-sakralisiert“ wurde. Wein war auch im Mittelalter ein Luxusgetränk, sein theologisch und diätetisch-medizinisch begründeter Wert hob ihn über Bier und Most (vgl. Spode 2001, S. 51f.).

2.1.3 Reformation

Die Deutschen hatten den Ruf, besonders starke „Säufer“ zu sein. In der Zeit der Reformation und der beginnenden frühbürgerlichen ständischen Gesellschaft „wurde der Mangel an Nüchternheit als strukturelles Problem gesehen“ (Spode 1993, S. 62). Luther ging wortgewaltig gegen den „Saufteufel“ an. Es kam zu Umerziehungsfeldzügen in denen Rausch und Ekstase verdammt und Trunkenheit als Todsünde gesehen wurden. Alkoholkonsum begann die komplexer werdenden Arbeitsprozesse zu stören. Gesetze wurden erlassen, die das Zutrinken und Zwingen zum Trunk unter Strafe stellten, und erste Mäßigkeitsvereinigungen wurden gegründet, die jedoch nicht von Bestand waren. Bier und Wein blieben dennoch Nahrungsmittel ersten Ranges. Die Kritik galt nicht dem Getränk sondern einem bestimmten Trinkverhalten. Das archaische Gelage verlor seine Legitimation als „Gemeinschaft stiftende magisch-sakrale Institution“ (Spode 2001, S. 75), das Trinken wurde entritualisiert und individualisiert (vgl. Spode 1993, S. 62 ff.; Spode 2001, S. 74 f).

2.1.4 Alkohol im 18. Jahrhundert

Spätestens seit dem 18. Jahrhundert gewannen die staatliche Normierung der „Untertanen“ und die Rolle der Medizin an Bedeutung. Eine zunehmende Komplexität und Abstraktheit der Beziehungsnetze förderte in den aufsteigenden Schichten Selbstkontrolle und Distanziertheit (vgl. Spode 2001, S. 75). Max Weber sprach von der „Rationalisierung der Lebensführung“, Affektkontrolle und selbstbestimmtes Leben gewannen zunehmend an Bedeutung. Umso mehr galt der Rausch, wenngleich mit der Funktion aufgestaute Affekte entladen zu können, als Verlust der Selbstbeherrschung (vgl. Legnaro 1982, S. 162 ff.).

Branntwein, zunächst ein Luxusgut und ärztlich gepriesenes Heilmittel, aber auch Kaffee und Tee, die Leistungsfähigkeit und Wachheit stärkenden Antagonisten, gewannen an Einfluss. Der Branntweinkonsum stieg bei fehlenden kulturell gesicherten Trinkmustern in der schlecht ernährten Unterschicht rapide an und brachte physische, psychische und soziale Folgeschäden in bisher nicht gekanntem Ausmaß. Die unerwünschten

Effekte der Modernisierung, wie z. B. das Massenelend wurden auf den Alkohol bzw. dessen Konsumenten projiziert. Durch Schanklizenzen und Steuererhöhungen konnten die großen Branntweinepidemien schließlich begrenzt werden (vgl. Spode 2001, S. 62 ff. und 76). Es blieb die Unterscheidung von ‚gutem‘ und ‚bösem‘ Alkohol: Bier symbolisierte die Zeit des guten alten Handwerks, billiger Branntwein war das „Gesöff des Pöbels“ (vgl. Spode 2001, S. 61).

2.1.5 Alkohol im 19. Jahrhundert

Im Laufe des 19. Jahrhunderts entstand die Auffassung, dass schwerer Alkoholmissbrauch eine Krankheit ist: Alkoholismus. Die Ärzte Christoph Wilhelm Hufeland, Thomas Trotter und Benjamin Rush vertraten erste Ansätze eines Krankheitsmodells der Alkoholabhängigkeit, was Carl von Brühl-Cramer, ebenfalls Arzt, in Folge ausformulierte (vgl. Spode 1993, S. 124 ff.). Magnus Huss schrieb 1849 sein „Alkoholismus chronicus“, wobei er die Trunksucht, anders als Brühl-Cramer, als „Laster“ definiert (Spode 1993, S. 131 ff.).

2.1.6 Alkohol im 20. Jahrhundert

Im Zeitalter des Imperialismus und der Sozialen Frage gewannen darwinistische wie auch andere Entwicklungslehren, und damit Degenerationstheorien, an Bedeutung, die lange vor der nationalsozialistischen Herrschaft in Fragen der Eugenik mündeten (vgl. Spode 1993, S. 136).

Alfred Ploetz, der 1905 die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene initiierte, äußerte 1903 auf einem Kongress, dass durch den Alkoholkonsum „die Rasse mit einer Menge von Minderwertigen überladen‘ werde“ (Ploetz 1903, zit. n. Spode 1993, S. 138). Und Ernst Rüdin, Rassenhygieniker und Eugeniker, der maßgeblich an der Erarbeitung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933 beteiligt war, setzte sich schon 1903 für „die ‚Verhütung der Nachzucht‘ durch Aufklärung, Dauerinternierung, Eheverbot, Sterilisierung und künstliche Aborte“ ein. „Die ‚sexuelle Zuchtwahl... wird dann besonders wirksam werden, wenn durch die wachsende Antialkohol-Bewegung dem Trinker [...] das Stigma des Minderwertigen und Heiratsunwürdigen in im-

mer steigenden Maße aufgedrückt wird“ (Rüdin 1903, zit. n. Spode 1993, S. 138 f.). Die Theorie der Vererbbarkeit, die auch für anderes abweichendes Verhalten (z. B. Vagabundentum) galt, entlastete zwar den Trinker von Schuldzuweisungen, erlaubte aber „moralische Verurteilung und Ausgrenzung – in der Konsequenz bis hin zur physischen Vernichtung“ (Spode 1993, S. 139). Die Alkoholismus-Entartungs-Hypothese wurde erst in den 1970er Jahren ungebräuchlich (vgl. Spode 1993, S. 140 f.).

Nach dem Zweiten Weltkrieg bekam der Alkohol zunehmend den Stellenwert eines „gesellschaftlichen Schmiermittels“ (Spode 2001, S. 81), gelegentliche Berausung wurde toleriert. Der Gesamtalkoholkonsum stieg in BRD und DDR kontinuierlich an, um nach der Wiedervereinigung Deutschlands leicht rückläufig zu sein (vgl. Jahrbuch Sucht 2012). Der Alkoholkonsum der Frauen steigerte sich bis zu einem Drittel oder gar der Hälfte des Konsums der Männer. Seit den 1970er Jahren rückten die negativen Effekte des Alkoholkonsums wieder mehr ins Blickfeld, die WHO strebt eine weitere Reduzierung des Pro-Kopf-Verbrauches an. Heute sind alkoholische Getränke in Mitteleuropa in der Freizeit getrunkene Genuss- und Rauschmittel mit großer Konsumvarianz: Etwa ein Zehntel der Bevölkerung trinkt die Hälfte des Gesamtalkohols (vgl. Spode 2001, S. 80 ff.).

„Entsprechend konzentrieren sich in diesem Bevölkerungsanteil die gesundheitlichen und sozialen Folgeschäden. Zumindest letztere könnten in dem Maße zunehmen, in dem Ausgrenzungs- und Etikettierungsprozesse [...] voranschreiten. Mit der größeren Varianz des Konsums geht eine verstärkte Marginalisierung der Trunkenheit bzw. ein Schwinden anerkannter, integrativ-sichernder Trinkmuster einher. Damit [...] nimmt die Prävalenz des Alkoholismus zu, ein höchst negativer Trend „moderner“ Trinkkulturen“ (Spode 2001, S. 83 f.).

2.2 Die Entwicklung des Krankheitsverständnisses

Das „Paradigma“ (Spode 1993, S. 127) der Trunksucht fand zu einem Zeitpunkt Eingang in die Medizin, als der Durchschnittsverbrauch an Alkohol zurück ging und sich damit die Trinkmuster individuell und sozial differenzierten. Bis dahin galt Trunkenheit als Fehlverhalten, als „Laster“, eine Überzeugung, die sich bis heute in den Köpfen der Menschen hält (Spode 2001, S. 34 f.).

2.2.1 Vorstufen zum Krankheitsverständnis

Aus der Antike ist eine kausale Sicht auf Trunkenheit bekannt: aus dem maßlosen Alkoholkonsum erwachsen körperliche Leiden wie auch ethische Verfehlungen und Aristoteles äußerte, „dass die Trunkliebe erblich sein könne“ (Spode, 1993, S. 116).

Im Mittelalter wurde eine Ursache für den sich wiederholenden starken Alkoholkonsum im Zwang zum Mittrinken gesehen. Der lasterhaft und uneinsichtig geltende Trinker, der sich immer wieder am Gelage beteiligte, stand im Mittelpunkt der Kritik. Im Zuge der ersten Mäßigkeitsbewegungen wurden Abstinenzgelübde abgelegt, was im Fall des Scheiterns zu einem neuen Aspekt in der Sicht auf die Trunkenheit führte: Nicht in der Uneinsichtigkeit des Trinkers, sondern in der Schwäche des Willens lag das Nicht-Einhalten-Können der Mäßigkeit begründet (vgl. Spode 1993, S. 116 ff.).

Das Wort Sucht (althochdeutsch: suht) für Sucht, Krankheit, Seuche, Pest (Köbler 1995, S. 395), fand im 16. und 17. Jahrhundert zunehmend für langwierige Erkrankungen Verwendung, denen zugleich „verwerfliche Zügellosigkeit“ anhaftete (vgl. Spode 1993, S. 121). Auch im 18. Jahrhundert galt noch lange, dass Trunkenheit ein Laster und eine bewusst begangene Unsinnigkeit sei. Alkoholbedingte Folgeerkrankungen waren bekannt, die starke Berauschung selbst wurde auch als krankhafter Zustand aufgefasst. Aber „Ursachen und Folgen der Trunkenheit sind Gegenstände getrennter Diskurse und Berufsstände: der Ethik und der Heilkunst“ (Spode 1993, S. 123).

Im Zuge der Aufklärung und durch die Beobachtung des Gewöhnungsprozesses an den Alkohol fiel allmählich ein mitleidiger Blick auf den Trinker. Mit der Sicht des Trinkers als Opfer wurden moralische Argumente außer Kraft gesetzt, was von der Mäßigkeitsbewegung nicht mit Begeisterung aufgenommen wurde. Für sie „blieb der Branntwein ein ethisch-moralisches Problem; einen krankhaften Zwang zu trinken, konnte und durfte sie nicht denken“ (Spode 1993, S. 130). Die Folgen der Trunkenheit wandelten sich von einem persönlichen zu einem gesellschaftlichen Problem, Nüchternheit wurde zur Bürgerpflicht.

„Die Medizin [...] beanspruchte in ‚der Lebensführung der Menschen ... eine normative Rolle, die sie nicht bloß zur Erteilung von Ratschlägen für ein vernünftiges Leben befugt, sondern sie zur Lehrmeisterin für die physischen und moralischen Beziehungen zwischen dem Individuum und seiner Gesellschaft macht‘“ (Foucault 1963, zit. n. Spode 1993, S. 124). Die Medizin konnte ihren „Kompetenzanspruch auf den Trinker [...] am stärksten begründen, wenn der Trinker ein willenloser Kranker ist; wirksame Hilfe kann dann niemals in Bekehrung, sondern nur in Heilung bestehen“ (Spode 1993, S. 130). Friedrich Wilhelm Boecker, Arzt und Gerichtsmediziner, bekräftigte die Zuständigkeit der Medizin, wenn er sagte: „Die Trunksüchtigen sind Irre, sie gehören in eine Irrenanstalt, in welcher ihr körperliches und somit auch ihr psychisches Leiden gehoben werden muss“ (Boecker 1845, zit. n. Spode 1993, S. 131).

2.2.2 Trunksucht als Krankheit

Ab dem 18. Jahrhundert entstand in der Medizin die entlastende Idee der Trunksucht als Krankheit, gleichzeitig bildeten sich Mäßigkeits- und Abstinenzbewegungen heraus (vgl. Spode 2001, S. 35, 65 und 76). Carl von Brühl-Cramer veröffentlichte 1819 seine Abhandlung über die „Trunksucht und eine rationelle Heilmethode derselben“. Hiermit führte er den Begriff der Trunksucht ein und betrachtete diese entschieden als Krankheit und nicht als „Verletzung der Moralität“ (Brühl-Cramer 1819, zit. n. Spode 1993, S. 128). Er beschrieb die allmähliche Gewöhnung und das starke

Verlangen Alkohol zu trinken und unterteilte in anhaltende und periodische Trunksucht (vgl. Spode, S. 127 f.). Den Trunksüchtigen oder nunmehr „Alkoholiker“ unterschied die mangelnde Fähigkeit zur Selbstkontrolle vom normalen und gesunden Menschen. Symptomatologie und Ätiologie der Erkrankung blieben jedoch weiter unsicher (vgl. Spode 1993, S. 135).

Zunehmend kamen die Lebensverhältnisse bei der Betrachtung der auslösenden Faktoren ins Blickfeld (vgl. Spode 1993, S. 142 ff.). „Im Prozess der Zivilisation [...] ignoriert [der Trinker] die laute Idee und den stummen Zwang der Planbarkeit von Fortschritt und Glück [...] Der Trinker wird zum Störfaktor. [...] Er wird nicht mehr bestraft, sondern zur Vernunft gebracht“ (Spode 1993, S. 146). Unvernünftiges, Störendes, Andersartiges kann aus- oder auch eingeschlossen werden. Dafür eigneten sich für Trinker die Asyle, Anstalten, Spitäler und Irrenhäuser. Für die Heilung ist „das Geständnis seiner tiefen Andersartigkeit“ unerlässlich (Spode 1993, S. 147).

2.2.3 Kontrollverlust und Chronizität des Krankheitsverlaufes

Nachdem mit der Prohibition in Amerika (1919-1933) das gesellschaftliche Problem des Alkoholismus nicht erfolgreich bekämpft worden war, löste dies eine medizinisch-wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Problematik aus. In dieser Zeit (1935) gründete sich die Selbsthilfebewegung der „Anonymen Alkoholiker“. Ihre Auffassungen trugen wesentlich zur Herausbildung der Chronizitätsannahme und der Annahme des Kontrollverlustes bei.

Elvin Morton Jellinek, erster Direktor des „Center of Alcohol Studies“, beschrieb 1952 auf der Grundlage des von den „Anonymen Alkoholikern“ entwickelten Fragebogens den Phasenverlauf der Alkoholabhängigkeit (Phases of Alcohol Addiction). Von 1.600 verschickten Exemplaren lagen jedoch lediglich 98 vollständig ausgefüllt vor. 1960 veröffentlichte Jellinek seine Typologie des Alkoholismus (The Deases Concept of Alcoholism) (vgl. Schacke 2008, S. 5 ff.). „Jellinek selbst hielt sein Krankheitskonzept für eine Arbeitshypothese, die einer weiteren naturwissenschaftlichen Überprüfung bedurft hätte“ (Schacke, 2008, S. 7). Die Kernelemente Jelli-

neks Krankheitsmodells sind heute Alltagswissen über Sucht: der X-Faktor, der die Entwicklung süchtigen Trinkens bedingt; die Triade aus Kontrollverlust, Dosissteigerung und Entzugerscheinungen; der Verlauf über mehrere Stadien, wobei der Trinker erst im letzten Stadium dem Ziel der völligen Abstinenz zugänglich ist. Laut Spode ist dieses Krankheitsmodell mit der Eigendynamik der Sucht, wissenschaftlich nicht mehr aktuell (vgl. Spode 2001, S. 35 ff.).

Nach Jellinek haben auch andere Wissenschaftler Alkoholismus-Typologien entwickelt, die jedoch nicht jellinek'sche Popularität erlangten. So unterschied z. B. Claude Robert Cloninger auf Grund genetischer Untersuchungen einen Typ I- und Typ II-Alkoholiker. Typ I zeichne sich durch einen eher milden, durch Umweltfaktoren bedingten Alkoholismus aus, der sich erst nach dem 25. Lebensjahr entwickle. Eine zentrale Rolle spiele die Belohnung durch den Alkohol, nicht die Suche nach einem ‚Kick‘. Der Typ II entwickle sich frühzeitig und trete ausgeprägter in Erscheinung. Von ihm seien nur Männer, häufig mit antisozialer Persönlichkeit betroffen. Dieser Typ sei stark genetisch beeinflusst und der Betroffene auf der Suche nach neuen Stimuli. Die Prognose sei eher schlecht (vgl. Schmidt 1997, S. 40). Weitere Typologien wurden u. a. durch Marc A. Schuckit (primärer, sekundärer Alkoholismus) und Thomas F. Babor (Typ A und B, später und früher Beginn) entwickelt (Soyka 1999, S. 39 ff.).

Angeregt durch die Überlegungen Heinz Katsching's zu „Stigmarelevanten Wurzeln des Schizophreniekonzepts in Kraepplins, Bleulers und Schneiders Werk“ (Katsching 2002), stellte ich mir die Frage, inwieweit ein Krankheitskonzept an sich stigmatisierend ist und welche stigmabegünstigenden Elemente das Krankheitsmodell der Alkoholabhängigkeit enthält. Was verbinden Menschen mit Krankheit? In aller Regel wird sie in Zusammenhang mit Schwäche, Hinfälligkeit, Verwundbarkeit, Ausgeliefertsein, Anfälligkeit, Hilflosigkeit, Kraftlosigkeit, (Selbst-)Mitleid, für andere Belastung-Sein gebracht. Krankheit wird oft als etwas verstanden, was sich der eigenen Verantwortung entzieht, was, ohne es beeinflussen zu können, mit jemandem geschieht. Insofern ist das Krankheitsstereotyp

auch negativ konnotiert und steht somit im weitem Sinn für Selbststigmatisierung. Eine Minderheit, der in der Suchtforschung Tätigen, verwirft das oben beschriebene Krankheitsmodell der Alkoholabhängigkeit, da es wie eine sich selbst erfüllende Prophezeiung wirke. „Als ein ‚Etikett‘ diene es der Fremd- und Selbststigmatisierung von Individuen und ganzen Sozialmilieus, wobei das zugeschriebene abweichende Verhalten erst erzeugt bzw. verfestigt werde“ (Spode 2001, S. 36).

Aldo Legnaro ergänzt den physiologischen Suchtprozess um eine soziologische Sichtweise, indem er hervorhebt, dass der gesellschaftliche Stellenwert von „Autonomie und rational gefasster Selbstentfaltung“ für die Entwicklung eines Suchtbegriffs mitbestimmend ist. Er schreibt: „Sucht stellt ja gewissermaßen die Kehrseite von persönlicher Autonomie dar, und sie erscheint erst dann als Laster, Krankheit oder Stigma, wenn solche Autonomie des Einzelnen einen zentralen Wert bildet: dann sind süchtige Verhaltensweisen eine Art des unkontrollierten Ausgeliefert-Seins und damit ein Verstoß, der mit verächtlicher Ausgrenzung, Therapie oder mit Bestrafung geahndet werden kann. [...] Es ist die Ausgeliefertheit der Süchtigen, die uns Anlass gibt, von ihnen Abstinenz und also Selbstverantwortung und autonome Selbststeuerung zu verlangen. Therapie will damit ein kulturelles Ideal durchsetzen, das als Realität von niemandem – auch den therapeutisch Tätigen nicht – eingelöst werden kann. In diesem Ansinnen verbirgt sich eine Projektion, bei der die eigene Unfähigkeit, den gesellschaftlichen Anforderungen an Selbststeuerung gerecht zu werden, übertragen wird auf diejenigen, die diese Unfähigkeit nur allzu deutlich offenbaren“ (Legnaro 1991, S. 25 und 27).

Der Aspekt des Kontrollverlustes unterstützt meiner Meinung nach das der Alkoholabhängigkeit anhaftende Stereotyp der Willenlosigkeit. Besonders in der Debatte um das kontrollierte Trinken zeigt sich, wie hartnäckig darum „Glaubenskriege“ (Körkel 2010, S. 166) geführt werden. Laut den Forschungen zum kontrollierten Trinken zeigen diesbezügliche Programme Erfolge an, vor allem wenn man bedenkt, dass ein moderates Trinken auch bei abstinenzorientierter Therapie ein häufiges Behandlungsergebnis

ist. In einer ausschließlichen Fokussierung auf das Ziel der Totalabstinenz, welches sich aus der Betonung des Kontrollverlustes ergibt, liegt die Gefahr, dass ein Teil der Betroffenen gar keine Behandlung in Angriff nimmt oder Behandlungen vorzeitig abbricht (vgl. Körkel 2010, S. 169 ff.).

3 Stigma

Nachdem im vorangegangenen Kapitel schon Überlegungen zu Stigma begünstigenden Aspekten im Krankheitskonzept Alkoholabhängigkeit beleuchtet wurden, soll für ein Verständnis von Stigma und Stigmatisierungsprozessen das soziologische Stigmakonzept erläutert werden.

3.1 Ausgangspunkte

Vor Erving Goffman beschäftigten sich George Herbert Mead, Frank Tannenbaum, Edwin Lemert, Howard Becker und Albert Memmi mit Fragen der Identität, Abweichung und Gesellschaft. Die Forschung zu Stigma und Stigmatisierungsprozessen wurde zunächst von einer Reihe amerikanischer Soziologen vorangetrieben. Erving Goffman legte 1963 (dt. 1967) mit seiner Veröffentlichung „Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity“ (Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität) den Grundstein. In „Being Mentally Ill. A Sociological Theory“ (Das Etikett „Geisteskrankheit“. Soziale Interaktion und psychische Störung) entwickelte Thomas J. Scheff, Physiker und Soziologe, 1966 die sogenannte ‚Labelingtheory‘, die sich mit den Prozessen der Rollenübernahme in Verbindung mit der Annahme des Etiketts der psychischen Erkrankung befasst. Bruce G. Link entwickelte 1989 gemeinsam mit anderen Wissenschaftlern die ‚Modifizierte Etikettierungstheorie‘ in Bezug auf psychische Erkrankungen und 1999 gemeinsam mit Jo C. Phelan, Psychologin und Soziologin, das erweiterte Stigma-Konzept (Conceptualizing Stigma). Im deutschsprachigen Raum veröffentlichten Manfred Brusten und Jürgen Hohmeier (Hg.) 1975 „Stigmatisierung. Zur Produktion gesellschaftlicher Randgruppen“ in zwei Bänden. In den zurück liegenden Jahren beschäftigten sich Asmus Finzen (Psychose und Stigma 2001) und Matthias C. Angermeyer sowie andere Autoren verstärkt mit dem Thema Stigma und psychische Erkrankung. Manfred Gaebel, Hans- Jürgen Möller und Wulf Rössler (Hg.) brachten 2005 den umfangreichen Sammelband „Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker“ heraus.

3.2 Das Stigma-Konzept

3.2.1 Begriff

Erving Goffman führte 1963 den Stigma-Begriff in die Soziologie ein. Das Wort, aus dem Griechischen stammend, bedeutet soviel wie „Zeichen“, „Brandmal“ oder „Stich“ (vgl. Grausgruber 2005, S. 19). Goffman nannte Stigmata „Zeichen, [...] die etwas Ungewöhnliches oder Schlechtes über den moralischen Zustand des Zeichenträgers [...] offenbaren“ und die den Zeichenträger als „gebrandmarkte, rituell für unrein erklärte Person, die gemieden werden sollte“ kennzeichnen (Goffman 1975, S. 9). Hauptsächlich wird der Begriff in dem Sinn verwendet, dass er „auf die Unehre [einer Person, Anm. d. V.] selbst“ verweist (ebd.). „Der Terminus Stigma wird also in Bezug auf eine Eigenschaft gebraucht [...], die zutiefst diskreditierend ist“ (Goffman 1975, S. 11).

Goffman ging davon aus, dass sich die soziale Identität des Menschen aus einer „virtuellen“ und einer „aktualen“ Identität zusammensetzt. Mit der virtuellen Identität sind alle Zuschreibungen für Vorstellungen von und Erwartungen an einen anderen Menschen gemeint. Diese haben eine ordnende, orientierende und somit auch entlastende Funktion. Andererseits entwickeln sich daraus auch normative Erwartungen. Die aktuelle Identität meint die tatsächlich vorhandenen Eigenschaften einer Person. Weicht nun die virtuelle von der aktuellen Identität ab und ist dies nicht erwünscht sowie in der diskreditierenden Wirkung sehr umfassend, so kann diese Abweichung zu einem Stigma werden und leicht Scham auslösen. Einige Abweichungen werden fraglos akzeptiert, andere erregen größere Aufmerksamkeit und beschädigen beim Bekanntwerden die soziale Identität der Person. Im Fall eines Stigmas spielen damit verbundene Stereotype eine bedeutende Rolle (vgl. Goffman 1975, S. 9 ff. und S. 30).

Jürgen Hohmeier erweiterte diesen Gedanken insofern, dass nicht nur das Merkmal an sich ein Stigma ist, sondern vielmehr seine negative Definition das Merkmal zum Stigma macht. Das jeweilige Verhalten anderer gegenüber einer Person mit einem solchen Merkmal, also z. B. Abwertung oder Ablehnung, ist Ausdruck der Stigmatisierung. Hinzu kommt, dass im Pro-

zess der Stigmatisierung weitere unerwünschte Eigenschaften unterstellt werden, was letztlich in der Generierung eines „Masterstatus“ mündet, der mit bestimmten Stereotypen verbunden ist. Somit wird z. B. aus einem Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit der Alkoholiker oder die Alkoholikerin (vgl. Hohmeier 1975, S. 7 f.).

Nicht immer ist die herabwürdigende Eigenschaft sichtbar, wie man an Goffman's unterschiedlichen Stigmatypen, die er „Abscheulichkeiten des Körpers“, „individuelle Charakterfehler“ (zu denen er auch Alkoholismus zählte) und „phylogenetischen Stigmata von Rasse, Nation und Religion“, nannte, erkennen kann. Erst beim Bekanntwerden des Makels kann sich die stigmatisierende Wirkung entfalten. Er nannte dies die „Misere“ des Diskreditierten bzw. Diskreditierbaren (vgl. Goffman 1975, S. 12 f.). Vorstellbar ist, dass eine betroffene Person alles tun wird, um das Stigma möglichst unentdeckt zu lassen oder dies zu verbergen.

3.2.2 Stigmaentwicklung

Jeder Mensch erwirbt im Laufe seines Lebens Vorstellungen darüber, was es bedeutet, ein Stigma zu haben. In einer anderen Phase des Stigmatisierungsprozesses lernt die betroffene Person, was es heißt, mit einem bestimmten Stigma selbst konfrontiert zu sein. Goffman unterschied zwischen angeborenem und erworbenem Stigma. Bei einem angeborenem Merkmal (z. B. körperliche Missbildung) wächst die betroffene Person in die Rolle des Menschen mit diesem Merkmal hinein. Im Fall eines erworbenen Stigmas (z. B. psychische Erkrankung) besteht das Problem darin, sich mit einer neuen Rolle identifizieren zu müssen und „mit besonderer Wahrscheinlichkeit wird es [das Individuum, Anm. d. V.] eine Missbilligung seiner selbst entwickeln“ (Goffman 1975, S. 48).

Asmus Finzen beschreibt diesen Missbilligungsprozess im Hinblick auf Stigma und Psychose. Er betont außerdem, dass dies umso mehr geschieht, „je ausgeprägter die gesellschaftlichen Vorurteile gegenüber [der] Krankheit sind, je stärker sie [die Betroffenen, Anm. d. V.] im alltäglichen Leben zurückgewiesen, geächtet, ausgeschlossen oder verhöhnt werden.

Auf diese Weise wird das Stigma zur zweiten Krankheit, die ebenso belastend sein kann wie die erste und die zum Genesungshindernis ersten Ranges werden kann“ (Finzen 2001, S. 34 f.).

3.2.3 Stigmatisierungsformen

Im Stigmatisierungsprozess sind verschiedene Formen der Stigmatisierung bekannt. Die schon erwähnte Missbilligung der eigenen Person, die Anwendung der negativen Stereotype auf sich selbst, was letztlich eine Herabsetzung des Selbstwertes und sozialen Rückzug bedeutet, wird als Selbststigmatisierung bezeichnet. Diese beeinflusst die Interaktionen mit dem Umfeld und begünstigt Stigmatisierung durch andere Personen. Der Gegenpol zur Selbststigmatisierung ist Selbstbestimmung oder auch Empowerment. Mit individueller Stigmatisierung sind konkrete Erfahrungen mit Herabsetzung, Benachteiligung und Diskriminierung durch andere Personen im privaten wie auch im beruflichen Umfeld gemeint. Individuelle bzw. öffentliche Stigmatisierung besteht aus den drei Elementen: bekannte Stereotypen, denen man nicht zwangsläufig zustimmen muss, verinnerlichte Vorurteile und diskriminierende Handlungen im Zusammenhang mit Machtgefällen. Von struktureller Stigmatisierung ist die Rede, wenn gesetzliche oder institutionelle Rahmenbedingungen so beschaffen sind, dass bestimmte Menschengruppen absichtlich oder unabsichtlich benachteiligt werden. Dies kann sich z. B. in einer unterschiedlichen Verteilung finanzieller Ressourcen im Gesundheitssystem zeigen (vgl. Rüscher, Angermeyer, Corrigan 2005, S. 222 ff.). Der Gesetzgeber versucht z. B. mit dem Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen (BGG) oder dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG), auch Antidiskriminierungsgesetz genannt, vorzubeugen.

3.2.4 Stigmatisierungsfolgen

Die Folgen von Stigmatisierung können sich in drei verschiedenen Bereichen bemerkbar machen: in einer eingeschränkten gesellschaftlichen Teilhabe, einer beeinträchtigten Interaktion mit Nicht-Stigmatisierten und in Identitätsveränderungen. „Das zentrale Problem der Stigmatisierten auf allen drei Ebenen ist das der Anerkennung als Person und als gesell-

schaftlicher Partner“ (Hohmeier 1975, S. 13). Bedingt durch einen Rollenverlust, der sich durch die Generalisierung des Makels (Masterstatus) ausdehnt und verfestigt, können sich Stigmatisierungsfolgen in Form von Rückzug zeigen, bis hin zur Isolation. Nicht selten wird das jeweilige Verhalten durch Interaktionspartner stigmabezogen interpretiert. Für Stigmaträger kann es schwer sein, als vollständige Beziehungspartner anerkannt zu werden. „Spannungen, Ungleichheit, Verlegenheit und Angst zeichnen deshalb Interaktionen zwischen Stigmatisierten und Nicht-Stigmatisierten in der Regel aus“ (Hohmeier 1975, S. 14). Außerdem bedeutet Stigmatisierung im Ergebnis der Rollenübernahme, zum Beispiel als Alkoholiker, eine Veränderung der Identität. Auf Grund verinnerlichter Stereotypen kann es zu sich selbst erfüllenden Prophezeiungen und zur Selbststigmatisierung kommen. Außerdem trägt die Rolle des Klienten/ der Klientin einer Organisation (z. B. Patient/Patientin in der Psychiatrie) zur Identitätsveränderung bei (vgl. Hohmeier 1975, S. 12 ff.).

3.2.5 Stigmamanagement

Im Umgang mit dem Stigma wird die betreffende Person gleichermaßen Situationen meistern müssen, in denen sie davon ausgehen muss, dass das Stigma bekannt ist (Diskreditierte) und Situationen, in denen das nicht der Fall ist, aber bekannt werden könnte (Diskreditierbare). Sie wird möglicherweise versuchen, die Abweichung zu korrigieren, Begegnungen mit „Normalen“ zu vermeiden oder sich so zu verhalten, als sei die Andersartigkeit unbedeutend. Begegnungen zwischen Stigmaträgern und „Normalen“ dürften unter einer gewissen Spannung stehen (vgl. Goffman 1975, S. 18 ff.). Ist das Stigma nicht sichtbar, nicht bekannt, so wird die Person versuchen, die Informationen darüber zu steuern. „Eröffnen oder nicht eröffnen; sagen oder nicht sagen; rauslassen oder nicht rauslassen; lügen oder nicht lügen; und in jedem Fall, wem wie, wann, wo“ (Goffman 1975, S. 56).

3.2.6 Gesellschaftliche Durchsetzung und Funktionen von Stigmata

In Bezug auf das Stigma der Alkoholabhängigkeit interessiert mich die Frage, warum Stigmata gesellschaftliche Geltung und eine entsprechende Hartnäckigkeit entwickeln können. Hohmeier sah eine erste Voraussetzung dafür in der Generalisierung, da „sehr einprägsame Klischees auf die gesamte Person rekurriert“ werden (Hohmeier 1975, S. 9). Als entscheidend wertete er jedoch den Einfluss von Machtverhältnissen zwischen Stigmatisierenden und Stigmatisierten. Stigmatisierungen entwickeln sich häufig in Gesellschaften, die von individueller Leistung und Konkurrenz geprägt sind, typischer Weise Industriegesellschaften, und in denen Instanzen Einfluss haben, die Funktionen sozialer Kontrolle wahrnehmen (vgl. Hohmeier 1975, S. 9 f.). Zum Beispiel wurde die „Stigmatisierung von Arbeitslosen, Landstreichern und anderen Randexistenzen im Frühkapitalismus [...] nicht zuletzt durch bestimmte religiöse Überzeugungen jener Zeit, durch die protestantische Arbeitsethik, mitbedingt“ (Hohmeier 1975, zit. n. Grausgruber 2005, S. 24).

Tiefenpsychologisch sind Stigmata als „Projektionen abreagierter Aggressionen“ (vgl. Shoham 1970, zit. n. Hohmeier 1975, S. 11) oder „verdrängter Triebansprüche“ (vgl. Allport 1954, zit. n. ebd.) gedeutet worden. Andererseits dient Stigmatisierung auch der Stabilisierung der eigenen Identität, da in der Begegnung mit einer Person mit einem Stigma an die Möglichkeit erinnert wird, in einer anderen Situation selbst abweichend sein zu können. Dies kann irritieren und deshalb abgewehrt werden. Gesellschaftlich gesehen hat Stigmatisierung eine orientierende, regulierende und stabilisierende Aufgabe, bis hin zu einer Herrschaftsfunktion (vgl. Hohmeier 1975, S. 10 ff.). „Ohne Stigmatisierte wäre es kein Vorteil, ‚normal‘ zu sein“ (vgl. Bergler 1966 und Shoman 1970, zit. n. Hohmeier 1975, S. 12).

3.3 Stigmatisierung und psychische Erkrankung

Wie schon angedeutet gehören Menschen mit psychischen Erkrankungen zu einer Personengruppe, die stark mit Stigmatisierung konfrontiert ist. Im Hinblick auf psychische Erkrankung wurden das soziologische Stigmamodell differenziert und mittels dieser Modelle, wie auch zunehmend über Befragungen Betroffener, Untersuchungen durchgeführt.

3.3.1 Etikettierungsansatz

Thomas Scheff setzte sich in seinem Etikettierungsansatz (labeling approach) mit den Interaktionen zwischen Stigmatisierten und Gesellschaft und der damit einhergehenden Verfestigung von psychischer Krankheit auseinander. Er entwickelte eine Theorie, „in der die psychiatrischen Symptome als etikettierte Verletzungen sozialer Normen und chronische ‚Geisteskrankheit‘ als soziale Rolle verstanden werden“ (Scheff 1980, S.19). Verhaltensweisen, die man bei Menschen in psychischen Krisen oder mit chronischen Erkrankungen feststellen kann, nannte er „residuale Regelübertretungen“, die vielfältige Ursachen haben können. Im Vergleich zum Anteil behandelter psychischer Störungen treten diese extrem häufig auf und haben meist nur vorübergehende Bedeutung (vgl. Scheff 1980, S. 32 ff.). Allerdings werde ein „stereotypes Vorstellungsbild der psychischen Störung [...] in der frühen Kindheit erworben“ (Scheff 1980, S. 53 ff.). Innerhalb sozialer Interaktion und besonders durch den Einfluss der Massenmedien werden diese Stereotypen verfestigt (vgl. Scheff 1980, S. 56 ff. und Pupato 2005, S. 83 ff.).

Scheff nannte drei Gründe, warum Personen mit (psychischen) Abweichungen bereit sind, die neue Rolle anzunehmen. Zum Einen werden sie dafür belohnt, die stereotype abweichende Rolle zu spielen – einsichtige Patienten sind stets sehr beliebte Patienten – und zum Anderen bestraft, wenn sie versuchen in die herkömmliche Rolle zurück zu kehren, was sich in einer anhaltenden Exklusion psychisch Kranker zeigt (vgl. Kardorff 2008, S. 291 ff. und Kardorff 2010, S. 4 ff.). Außerdem sei die betroffene Person in einer Krisensituation „höchst suggestibel“ und daher eher bereit, die neue Rolle anzunehmen (vgl. Scheff 1980, S. 70 ff.).

Die Hypothese, dass es auf Grund der gesellschaftlichen Reaktionen zur Chronifizierung psychischer Erkrankungen kommt, brachte Scheff heftige Kritik ein. Am stärksten formulierte dies Walter Gove, der eine nahezu gegensätzliche Position einnahm. Er vertrat die Ansicht, dass die Stigmatisierung psychisch Erkrankter, wenn überhaupt, nur ein vorübergehendes Problem darstelle und keine ernsthaften Folgen habe (vgl. Grausgruber 2005, S. 29).

3.3.2 Modifizierte Etikettierungstheorie und erweitertes Stigmakonzept

In einer Reihe von Studien fanden Bruce Link u. a. heraus, dass das Stigma „psychisch krank“ doch erhebliche Auswirkungen haben kann. Sie untersuchten Scheff's gesellschaftliche Reaktionen genauer und entwickelten die „Modifizierte Etikettierungstheorie“. Kurz zusammengefasst besagt diese, dass ausgehend von vorhandenen Vorstellungen über psychische Krankheit psychisch abweichendes Verhalten entsprechend etikettiert und beides miteinander verknüpft werde. Die betreffende Person reagiere darauf mit Verheimlichung, Rückzug oder selektiven Informationen, was wiederum gesellschaftliche Reaktionen nach sich ziehe. Dies und die Verminderung des Selbstwertgefühls würden zu einer erhöhten Vulnerabilität für neue psychische Probleme und Störungen führen (vgl. Grausgruber 2005, S. 29 f.).

Im erweiterten Stigmakonzept (Conceptualizing Stigma) beschrieben Bruce Link und Jo Phelan den Stigmatisierungsprozess als dynamischen Prozess. Der Stigma-Prozess beginne mit der Wahrnehmung eines Unterschiedes, der mit einem Etikett (z. B. Diagnose) versehen werde. In einem zweiten Schritt würden sich festgestellte Unterschiede mit negativen Stereotypen verbinden. Darauf folge eine Abgrenzung in „wir“ und „sie“, „normal“ und „psychisch krank“, „Eigengruppe“ und „Fremdgruppe“. In einer vierten Phase komme es zu Statusverlust und Diskriminierung als Selbst- oder strukturelle Diskriminierung oder innerhalb sozialer Interaktionen. Auch Link und Phelan wiesen auf die Abhängigkeit des Stigmas von Macht hin (vgl. Link and Phelan 2001, zit. n. Grausgruber 2005, S. 30 f.).

3.3.3 Untersuchungsergebnisse in der Stigmaforschung

Lange Zeit basierten wissenschaftliche Untersuchungen des Stigmatisierungsprozesses auf den oben beschriebenen soziologischen Konzepten. Die meisten Studien untersuchten die Stigmaauswirkungen psychischer Erkrankung nur indirekt über Einstellungsbefragungen bzw. die gewünschte soziale Distanz in der Bevölkerung, über analoge Verhaltensexperimente oder über die Wahrnehmung vorherrschender negativer Vorstellungen über psychisch Kranke. Daraus wurde auf das Stigmaerleben Betroffener geschlussfolgert (vgl. Schulze 2005, S. 125). Das Wissen um die Stigmatisierung psychisch Kranker in der Gesellschaft und um die Verbesserungswürdigkeit ihrer Situation, wie auch das Bild psychiatrischer Behandlungsinstitutionen und -formen, wurden ebenfalls als Indikatoren für Stigmatisierung psychisch Erkrankter gewertet (vgl. Zäske, Baumann, Gaebel 2005, S. 65 ff. und 69 ff.). Deren Sichtweise auf ein Stigma und dessen Folgen spielte in der Erforschung kaum eine Rolle.

Beispielhaft möchte ich die Untersuchung von Matthias C. Angermeyer und Herbert Matschinger (1996) zur sozialen Distanz der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken erwähnen. Die Autoren kommen zu der Erkenntnis, dass die Allgemeinbevölkerung zwischen unterschiedlichen psychiatrischen Krankheitsbildern differenziert. So wurde gegenüber schizophrenen Kranken der Wunsch nach größerer sozialer Distanz geäußert als gegenüber depressiv Erkrankten. Am stärksten zeigte sich die gewünschte soziale Distanz gegenüber Menschen mit Alkoholabhängigkeit. Die ablehnende Haltung nahm mit dem Alter zu und mit dem Ausbildungsniveau ab. Persönliche Erfahrungen mit psychischer Erkrankung gingen mit einem geringeren Bedürfnis nach Distanz einher (Angermeyer, Matschinger 1996, S. 23).

Matthias C. Angermeyer gab 2003 in der Fachzeitschrift „Psychiatrische Praxis“ einen Überblick über internationale und nationale Studien zu subjektiven Stigmaerfahrungen psychisch Kranker. Ich gehe hier auf die deutschen Studien ein. Katarina Stengler-Wentzke, Matthias C. Angermeyer und Herbert Matschinger (2000) befragten 39 Patienten, die sich wegen

einer depressiven Episode in der Psychiatrischen Universitätsklinik in Leipzig in Behandlung befanden (Angermeyer 2003, S. 359 f.). Beate Schulze und Matthias C. Angermeyer ermittelten 2003 in einer qualitativen Studie mittels Focusgruppeninterviews an vier Standorten Deutschlands Stigmatisierungserfahrungen an Schizophrenie Erkrankter (vgl. Schulze 2005, S. 125 ff.). Darauf aufbauend wurde ein Fragebogen entwickelt, mit dem Anita Holzinger, Michael Beck, Ingrid Munk u. a. 102 schizophren und 108 depressiv Erkrankte zu den von ihnen antizipierten sowie konkret erfahrenen Stigmatisierungen befragten (Holzinger, Beck, Munk u. a. 2003, S. 395 ff.).

Zusammengefasst konnte in den Untersuchungen festgestellt werden, dass sich die Befragten in Bezug auf konkrete Stigmaerfahrungen am häufigsten im Bereich interpersoneller Interaktionen, vor allem durch Kontaktvermeidung, beeinträchtigt fühlten. An zweiter Stelle steht das durch die Medien vermittelte Bild psychisch Kranker, das Betroffene als verletzend empfinden. Ein verminderter Zugang zu sozialen Rollen (Arbeit, Partnerschaft) wie auch strukturelle Diskriminierung wurden seltener berichtet. Des Weiteren kam zum Ausdruck, dass psychisch Kranke weitaus häufiger Stigmatisierungserfahrung antizipieren als sie tatsächlich erleben. Besonders pessimistisch wurden die Chancen auf dem Arbeitsmarkt eingeschätzt. In der Stigmatisierungsantizipation gab es keinen Unterschied zwischen den Diagnosegruppen, im Hinblick auf tatsächliche Erfahrungen traten schizophren Erkrankte hervor. Im Stigmacoping tendierten die meisten Befragten zu einer Verheimlichung der Erkrankung. Ein sich verstärkender Zusammenhang besteht in antizipierter Stigmatisierung, Geheimhaltung und Kontaktvermeidung im Umfeld. Erfahrene Stigmatisierung erscheint am folgenschwersten. Die Kontaktvermeidung zu anderen Menschen wirkt sich am negativsten aus (Angermeyer 2003, S. 361 f.).

3.4 Alkoholabhängigkeit und Stigma

In diesem Kapitel erörtere ich die Stigmatisierung Alkoholkranker, ausgehend von den Überlegungen zur Stigmatisierung psychisch Kranker und dem Krankheitsverständnis der Alkoholabhängigkeit. Dabei sollen bisherige Untersuchungsergebnisse eingehen.

3.4.1 Assoziierte Begriffe, Stereotype, Alltagstheorien

Für Menschen mit Alkoholabhängigkeit existieren verschiedenste Begriffe. Sie reichen von Penner, Assi, Säufer, Schnapsdrossel, Alki, Brenner, Spirti über Sumpfhuhn, Trunkenbold, Schluckspecht, Schlucki, Schnapsnase bis zu Trinker, Kampftrinker, Don Promillo, Suchtie und Saukopp. In der Mehrzahl klingt Wertlosigkeit und Versagertum an, kaum Anerkennung, wie vielleicht bei ‚Kampftrinker‘ oder ‚Don Promillo‘, wobei sich dies auf einen zweifelhaften Ruhm bezieht.

Alltagstheoretische Erklärungsansätze für einen übermäßigen Alkoholkonsum, der sich trotz spürbar negativer Konsequenzen wiederholt und den Regeln der Vernunft entzieht, werden häufig darin gesehen, dass sich Menschen mit Alkoholabhängigkeit gehen lassen, uneinsichtig sind, innerlich schwach, bequem, faul, unzuverlässig oder nicht wissen, wann sie aufhören sollen. Möglicherweise werden Gewöhnungsprozesse oder Gruppendruck in die Überlegungen einbezogen, gelegentlich auch schwer zu bewältigende Problemlagen. Immer wieder taucht der Vorwurf der Selbstverschuldung der Alkoholabhängigkeit auf oder gar, wie mir von einem Vortrag einer Juristin berichtet wurde, die Unterscheidung zwischen unverschuldeter und selbstverschuldeter Suchterkrankung.

Häufig genannte und somit typisch erscheinende, verinnerlichte eigene Erklärungsansätze Betroffener sind eigene Dummheit, Inkonsequenz oder Willensschwäche. Zieht man in Betracht, dass eine effektiv gesundheitsförderliche Verhaltensänderung bei anderen chronischen Erkrankungen wie z. B. Diabetes mellitus oder Hypertonie keinesfalls öfter erreicht wird, so lässt sich das der Alkoholabhängigkeit anhaftende Stereotyp der Willensschwäche nicht aufrecht erhalten (vgl. Schomerus 2011, S. 109). Die

moralische Betrachtungsweise der Alkoholabhängigkeit klingt immer noch an, wenn im Trinken ein Laster gesehen und scherzhaft jedem Menschen doch wenigstens eines zugestanden wird. Alkoholkonsum erfreut sich großer sozialer Erwünschtheit. Alkoholabhängigkeit wird aber, möglicherweise in erster Linie, als Verletzung gesellschaftlicher Normen wahrgenommen (vgl. Schomerus 2011, S. 109).

Bei der Untersuchung von Laienvorstellungen über psychische Erkrankungen wurde Alkoholabhängigkeit mit 32% zu den psychischen Erkrankungen gezählt (Schizophrenie 95%, Depression 57%) (Ng et al. 1995, zit. n. Zäske, Baumann, Gaebel 2005, S. 63). In einer anderen Befragung zur kausalen Attribution psychischer Erkrankungen wurden für Alkoholsucht zu 60% und für Drogensucht zu 68% die Erkrankten selbst verantwortlich gemacht (Schizophrenie 8%, schwere Depression 13%) (Crisp et al. 2000, zit. n. Zäske, Baumann, Gaebel 2005, S. 79 f.).

Alkoholabhängigkeit gehört zu den am stärksten stigmatisierten psychischen Krankheiten und ist zudem eine der häufigsten und schwerwiegendsten (vgl. Schomerus, Lucht, Holzinger u. a. 2011, S. 105). „Umso erstaunlicher ist es, dass es kaum Anti-Stigma-Initiativen gibt, die sich mit dieser Erkrankung befassen. [...] Fast hat man den Eindruck, Suchterkrankungen würden auch innerhalb der Anti-Stigma-Bewegung der Psychiatrie und Psychotherapie diskriminiert“ (Schomerus 2011, S. 109).

3.4.2 Einstellung der Bevölkerung zu Alkoholkranken

Stefan Wieser führte 1966 und 1967 in Bremen die erste deutsche Repräsentativerhebung zum „Image des Alkoholikers“ durch. Er interviewte 408 Personen, die über 14 Jahre alt waren. „Dieser Umfrage zufolge hatte ein Alkoholiker das Image, ständig betrunken zu sein, abstoßend auszusehen und sein Verhalten nicht kontrollieren zu können“ (Wiesner 1968, zit. n. Angermeyer, Matschinger, Grobel 1995, S. 238). 1973 befragte er 616 Personen anhand persönlicher Interviews u. a. dazu, was sie an einem Alkoholiker störe, wie auch zur gewünschten sozialen Distanz. Der Wunsch nach Distanzierung war umso größer, je enger, dauerhafter und

emotional stärker besetzt die Beziehung war (vgl. Angermeyer, Matschinger, Grobel 1995, S. 232 ff. und 238 ff.).

Daran anschließend wurde 1990 im Rahmen einer Repräsentativerhebung durch Matthias C. Angermeyer, Herbert Matschinger und Stephan Grobel in den alten Bundesländern die Einstellung der Bevölkerung zu Menschen mit psychischen Erkrankungen, speziell auch mit Alkoholabhängigkeit, mittels vollstrukturierter persönlicher Interviews befragt. Die Ergebnisse der Untersuchung Wieser's in Bezug auf die gewünschte soziale Distanz bestätigten sich fast 20 Jahre später (vgl. Angermeyer, Matschinger, Grobel 1995, S. 235 f.).

In einem zweiten Schritt wurde in derselben Untersuchung das Ausmaß der Stigmatisierung an Alkoholabhängigkeit Erkrankter untersucht. Die Autoren kamen zu dem Ergebnis, dass das Ansehen denkbar schlecht ist. „Rund zwei Drittel waren davon überzeugt, dass Alkoholiker als unberechenbar und unbeherrscht gelten. Auch halte man sie für unvernünftig. Nach allgemein vorherrschender Meinung seien sie von anderen abhängig und auf deren Unterstützung angewiesen. Über die Hälfte der Befragten nahm an, dass man Alkoholiker als aggressiv einschätze, dass sie als untüchtig gelten und von der Gesellschaft verachtet würden. Etwas seltener wurden die Attribute unaufrichtig, fremdartig und unheimlich genannt. Immerhin jeder Dritte meinte, dass Alkoholiker als gefährlich eingeschätzt würden. Am seltensten, [...], wurde die Ansicht vertreten, dass man Alkoholiker für dumm halte. Dass Alkoholikern umgekehrt positive Eigenschaften zugeschrieben werden, hielten nur wenige Befragte für möglich, am ehesten noch, dass sie als intelligent gelten. [...] Am unwahrscheinlichsten erschien, dass sie sich gesellschaftlichen Ansehens erfreuen könnten“ (Angermeyer, Matschinger, Grobel 1995, S. 240). Die Befragten schätzten ein, dass die Konsequenzen für die Arbeitssituation am gravierendsten seien und dass auch Ex-Alkoholiker weniger Ansehen genießen. Die Erkrankung würde als Zeichen persönlichen Versagens gewertet. In dieser Untersuchung zeigte sich, ähnlich wie in den früheren, ein durchgehend negatives Bild des Alkoholikers in der Bevölkerung.

Die Autoren untersuchten außerdem, ob die gesellschaftlichen Veränderungen im Umgang mit Alkoholismus in der BRD einen Wandel des moralischen Laienkonzeptes vom Alkoholiker zu einem medizinischen bewirkt habe, was letztlich in einem größeren Verständnis den Betroffenen gegenüber gekennzeichnet sein müsse: 1968 gesetzliche Anerkennung Alkoholismus als Krankheit, 1974 Regelung der Verteilung der Behandlungskosten auf Krankenkasse und Rentenversicherung, Schaffung von Behandlungseinrichtungen, Ausbau des Suchthilfesystems. In der getrennten Betrachtung der Befragten, die die Alkoholabhängigkeit als „eine Krankheit wie jede andere auch“ und als „Ausdruck einer Charakterchwäche“ sahen, stellte sich im Hinblick auf die gewünschte soziale Distanz, auf die Zuschreibung negativer Eigenschaften und auf die angenommene gesellschaftliche Stigmatisierung ein günstiger Einfluss des Krankheitskonzeptes heraus. Diese positivere Haltung wurde als Indiz dafür gesehen, dass die genannten gesellschaftlichen Fortschritte im Umgang mit Alkoholismus auch einen Einstellungswandel in der Bevölkerung bewirkt haben könnten. Man kann jedoch davon ausgehen, dass ein Großteil der Bevölkerung, wie sich auch in amerikanischen Studien zeigte, eine gemischte Position vertritt, indem Menschen mit Alkoholabhängigkeit zwar als krank definiert werden, ihnen aber dennoch „gleichzeitig die Schuld an ihrem Zustand zugeschrieben wird“ (vgl. Angermeyer, Matschinger, Grobel 1995, S. 241 ff).

3.4.3 Hilfesuchverhalten

Menschen, die ich in ihrer Erstbehandlung erlebe, berichten durchgängig, lange gezögert zu haben, bevor sie sich auf Grund der Alkoholproblematik Hilfe gesucht haben. Grund hierfür ist, laut Aussagen aus den Therapiegesprächen in der Klinik, letztlich die Scham gegenüber sich selbst, Angehörigen und auch den bis dahin fremden Behandlerinnen und Behandlern. Das Konfrontiert-Sein mit den eigenen Einstellungen zur Erkrankung sowie den Behandlungsmöglichkeiten und -orten stellt ein hohes Risiko für Selbststigmatisierung dar und trägt zum Zögern beim Aufsuchen von Hilfe bei. Die Angst durch andere stigmatisiert zu werden behindert die Fortset-

zung einer einmal begonnenen Behandlung. Strukturelle Stigmatisierung behindert das Hilfesuchverhalten, wenn z. B. durch Fördermittelkürzungen in den Suchtberatungsstellen die Beratungsangebote reduziert werden müssen (vgl. Schomerus 2009, S. 53 f.).

In einer amerikanischen Studie wurde die Beziehung zwischen erlebter Stigmatisierung von Alkoholabhängigen und der Inanspruchnahme medizinischer Dienste untersucht. Die Arbeitsgruppe kam zu der Erkenntnis, dass sich die Schwelle, eine therapeutische Einrichtung aufzusuchen, erhöhte, je stärker sich die Menschen entwertet fühlten (Keyes 2011, S. 27).

3.4.4 Alkoholabhängige Frauen und Stigmatisierung

Wie die Geschichte des Umgangs mit Alkohol zeigt, war der Alkoholkonsum immer eine deutlich männliche Domäne. Frauen waren aus den Trinkritualen häufig ausgeschlossen. In den letzten 50 Jahren haben sich Frauen auch diesen Bereich „erobert“. Von Alkoholabhängigkeit Betroffene, mit denen ich ins Gespräch komme, betonen sehr häufig, dass sie ihre Erkrankung besonders in ihrer Rolle als Frau unangenehm und stark schambesetzt erleben. Die soziale Abwertung von trinkenden Frauen ist größer als die der Männer, angetrunkene Frauen gelten als unangenehmer und fehlende Kontrolle wird ihnen stärker angelastet (vgl. Dröge, Krämer-Badoni 1987 und Knupfer 1982, zit. n. Franke 2005, S. 458). „Trinkende Frauen entsprechen nicht dem Bild von Weiblichkeit“ (Franke 2005, S. 458).

3.4.5 Stigmatisierende Erfahrungen Angehöriger

Goffman bezeichnete das Stigma der Angehörigen als „courtesy stigma“, als assoziiertes Stigma. Durch die Verbundenheit mit einer Person mit einem Stigma, „färbt [es] sich gleichsam auf die Angehörigen ab“ (Nieuwenboom 2012, S. 19). Stigmatisierung kann sich bei Angehörigen von Menschen mit Alkoholabhängigkeit auch in Selbststigmatisierung und sozialem Rückzug zeigen. Sie leiden häufig unter Scham- und Schuldgefühlen und fühlen sich möglicherweise vom Hilfesystem nicht ausreichend wahrgenommen. Letztlich birgt das Konzept der Co-Abhängigkeit eben-

falls stigmatisierende Elemente, da Angehörige fürchten müssen, der „Mit-täterschaft“ überführt zu werden (vgl. Nieuwenboom 2012, S. 19 ff.). An-dererseits bezeichnet Goffman die mit der stigmatisierten Person Verbun-den als „Weise“, die in besonderer Art in die Abweichung eingeweiht sind und von denen der Betroffene „einige Unterstützung“ erwarten kann (Goffman 1975, S. 40 ff.). In diesem Sinne stellen Angehörige eine Res-source für soziale Unterstützung und Veränderungsperspektive dar.

II Empirischer Teil

4 Betroffenenbefragung und Thesen

Die Sichtweise der von Stigmata betroffenen Menschen wurde in der Forschung lange Zeit ausgeblendet. Untersuchungen zum Thema haben sich auf Einstellungserhebungen in der Allgemeinbevölkerung und in spezifischen Gruppen, wie auch auf experimentelle Studien bezogen. In den letzten zehn Jahren wurde begonnen, die Sicht psychisch Erkrankter mittels qualitativer Verfahren zu erfassen, was einer Erweiterung des Stigmakonzeptes zuträglich war (vgl. Schulze, Stuart, Riedel-Heller 2009, S. e19). „Die bisherige Forschung [hat sich] sehr stark auf schizophren und depressiv Erkrankte konzentriert. Über Ausmaß und Form der Stigmatisierung bei anderen psychischen Erkrankungen ist nur wenig oder überhaupt nichts bekannt“ (Angermeyer, Holzinger 2005, S. 401). Alkoholabhängigkeit taucht im Zusammenhang mit Stigma als Untersuchungsthema so gut wie nicht auf, deutschsprachige Befragungen von Menschen mit Alkoholabhängigkeit und ihr Stigmaerleben sind mir nicht bekannt. In den Gesprächen mit den von mir betreuten Patienten sind Alkoholabhängigkeit und die damit in Zusammenhang stehenden Beeinträchtigungen in unterschiedlichen Facetten nahezu täglich Thema.

Um für diese Arbeit verwertbare Aussagen zu erhalten, habe ich Patienten der Station für Suchtmedizin der Klinik für Psychiatrie, Verhaltensmedizin und Psychosomatik im Klinikum Chemnitz gGmbH zu diesem Thema befragt. Da ein Interview jeweils nur eine kontextgebundene Sichtweise präsentiert und mehrere Interviews den Rahmen dieser Arbeit sprengen würden, entschied ich mich für eine Befragung per Fragebogen, der sowohl quantitative als auch qualitative Elemente erfasst. In der Entwicklung des Fragebogens habe ich mich am Inventar Subjektiver Stigmaerfahrungen (ISE) angelehnt, der deutschen Version des Inventory of Stigmatising Experiences von Heather Stuart et al. (vgl. Schulze, Stuart, Riedel-Heller 2009). Damit sollten die unterschiedlichen Ebenen von Stigmatisierung, wie Selbststigmatisierung, öffentliche, einschließlich strukturelle Stigmatisierungserfahrungen und daraus resultierende Folgen, erhoben werden (vgl. Fragebogen im Anhang, S. 48).

Neben soziodemografischen Daten (Fragen 1-6) wurden der Behandlungsgrund, die Dauer des Problems, die Akzeptanz der Diagnose und die bisherige Inanspruchnahme des ambulanten sowie stationären Suchthilfesystems ermittelt (Fragen 7-13). Bezogen auf das Untersuchungsthema erfragte ich in einer offenen Frage (14) eigene verinnerlichte Einstellungen gegenüber Menschen mit Alkoholabhängigkeit. Die Fragen 15 – 17 gingen der antizipierten Einstellung (Angst vor bzw. Abwertung, Ablehnung von Menschen mit Alkoholabhängigkeit) in der Bevölkerung nach. Die Fragen 18 – 21 ermittelten quantitativ und qualitativ persönliche Stigmaerfahrungen, die Fragen 22 – 26 deren Folgen. Zum Abschluss wurden jeweils auf einer Skala von 0 – 10 das persönliche und das angenommene Ausmaß der Beeinträchtigung der Familie erhoben.

Die erhaltenen Daten habe ich mittels Excelprogramm erfasst und mir in der Auswertung mit Berechnungen von Mittelwert, Modus, Median und Standardabweichung ein Bild verschafft. Außerdem habe ich einen Teil der Ergebnisse den Daten der Deutschen Suchthilfestatistik bzw. Daten des Klinikums Chemnitz gegenüber gestellt.

Folgende Thesen möchte ich überprüfen:

- These 1: Frauen leiden stärker unter dem Stigma der Alkoholabhängigkeit als Männer.
- These 2: Die Akzeptanz der Diagnose und die Inanspruchnahme des Hilfesystems verringern das Stigmaerleben.
- These 3: Die Angst vor Stigmatisierung und somit Selbststigmatisierung ist höher als die persönliche Erfahrung mit Stigmatisierung.
- These 4: Durch das Stigma Alkoholabhängigkeit verzögert sich der Zeitpunkt, sich Hilfe zu suchen und reduziert sich die Selbstwertschätzung, die Pflege freundschaftlicher und familiärer Beziehungen sowie die Lebenszufriedenheit.
- These 5: Die Dauer der Erkrankung wirkt sich Stigma verstärkend aus.
- These 6: Die Familie ist in ähnlicher Weise vom Stigma Alkoholabhängigkeit betroffen wie die Erkrankten selbst.

5 Ergebnisse

Im Folgenden werde ich die ermittelten Daten darlegen und die aufgestellten Thesen diskutieren.

5.1 Soziodemografische Daten

5.1.1 Befragungszeitraum und Teilnahmebedingungen

Die Befragung fand im Sommer 2012 in einem Zeitraum von fünf Wochen statt. Wichtig war mir meine kontinuierliche Anwesenheit, um die Befragung selbst durchführen zu können. Für die Teilnahme an der Befragung waren eine aufgenommene Entzugsbehandlung auf Grund einer Alkoholabhängigkeit laut verschlüsselter Diagnose und ein ausreichendes kognitives und sprachliches Verständnis des Fragebogens Bedingung. Im gesetzten Zeitraum waren etwa 50 Befragungen möglich, was der durchschnittlichen Anzahl von Patientenaufnahmen in einem vergleichbaren Zeitraum entspricht. Von einer ausschließlichen Befragung der Menschen mit Erstbehandlung sah ich ab, da ich um eine weitere starke Reduzierung der ohnehin kleinen Stichprobe fürchtete (vgl. Tab. 1 im Anhang, S. 53).

5.1.2 Zielgruppe

Aufgrund dieser Auswahlkriterien erhielt ich 31 Teilnehmer, neun weibliche (29%) und 22 männliche (71%). Im Jahr 2011 wurden auf der Suchtstation im Klinikum Chemnitz 24% Frauen und 76% Männer behandelt (unveröffentlichte Klinikstatistik). Laut Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) von 2011 lag der Anteil von Frauen und Männern, die sich wegen Alkoholabhängigkeit in stationäre Behandlung begaben, ebenfalls bei 1:3 (vgl. Steppan, Künzel, Pfeiffer-Gerschel 2012, S. 13). Somit liegt der Frauenanteil der Stichprobe um 5% höher, als durchschnittlich zu erwarten wäre.

5.1.3 Befragungszeitpunkt

Die Befragung erfolgte in den ersten Behandlungstagen (Mittelwert 3 Tage, Median 2 Tage) unmittelbar nach Abschluss der körperlichen Entzugsbehandlung, um ein Ergebnis zu erhalten, welches nicht durch mögliche stigmatisierende oder entstigmatisierende Effekte der Behandlung

oder durch den Kontakt zu Gleichbetroffenen verfälscht werden konnte. Um einen hohen Rücklauf und ein optimales Verständnis des Fragebogens zu erreichen, habe ich ein kurzes erläuterndes individuelles Gespräch beim Aushändigen des Fragebogens geführt und einen positiven Verstärker in Form von Gummibärchen eingesetzt. Somit konnte in dieser kleinen Stichprobe eine 100%ige Rücklaufquote erreicht werden.

5.1.4 Durchschnittsalter

Das Durchschnittsalter der Frauen und Männer betrug 47 Jahre, wobei die Männer die altershomogenere Gruppe darstellten. In der Deutschen Suchthilfestatistik wird das Durchschnittsalter für stationäre Alkoholpatienten mit 45 Jahren angegeben (vgl. Steppan, Künzel, Pfeiffer-Gerschel 2012, S. 18).

5.1.5 Bildungsabschlüsse

Jeweils 35% der Teilnehmer meiner Stichprobe hatten einen Haupt- bzw. Realschulabschluss, 23% Abitur, 6% einen Sonderschulabschluss. In der bundesweiten Suchthilfestatistik werden für stationär behandelte Alkoholpatienten 43% Hauptschul- und 34% Realschulabschlüsse sowie 14% Abitur angegeben, 5% waren ohne Hauptschulabschluss, weniger als 4% hatten einen Förderschulabschluss (vgl. Steppan, Künzel, Pfeiffer-Gerschel 2012, S. 25). In meiner Stichprobe gibt es im Vergleich zu den bundesweiten Zahlen ein höheres Bildungsniveau. Außerdem hatten die Männer der Stichprobe im Durchschnitt höhere Schul- und Berufsbildungsabschlüsse als die Frauen, wobei in beiden Gruppen eine breite Streuung zu verzeichnen war.

5.1.6 Beschäftigungsstatus

Laut Suchthilfestatistik gehen Störungen im Zusammenhang mit Alkohol sehr häufig mit Erwerbslosigkeit einher, stationär Behandelte waren zu 45% davon betroffen (vgl. Steppan, Künzel, Pfeiffer-Gerschel 2012, S. 22). Die Daten meiner Stichprobe bestätigten dieses Bild mit einer 55%igen Nichtbeschäftigtenquote (17 Teilnehmer), wobei sich eine Teilnehmerin noch im Studium befand, zwei eine Erwerbsunfähigkeits- und

eine Teilnehmerin und ein Teilnehmer Altersrente bezogen, was einer tatsächlichen Nichtbeschäftigtenquote im Sinne von Arbeitslosigkeit von 39% (Frauen 33%, Männer 41%) gleichkommt.

5.1.7 Beziehungsstatus

61% der Befragten lebten zum Befragungszeitpunkt allein bzw. getrennt. Der Anteil der allein lebenden Männer lag mit 64% höher, als der Anteil der allein lebenden Frauen (56%). Laut Suchthilfestatistik lebten 50% der stationär Behandelten allein (vgl. Steppan, Künzel, Pfeiffer-Gerisch 2012, S. 21).

5.2 Problembezogene Daten

5.2.1 Behandlungsgrund

In der Gesamtstichprobe gaben bis auf eine Befragte (Depression) alle einen Behandlungsgrund im Zusammenhang mit Suchtmittelgebrauch an (vgl. Tab. 2 im Anhang, S. 54). Dies lässt einerseits auf eine Bereitschaft, offen auf die Fragen des Fragebogens zu antworten erkennen, könnte andererseits aber auch ein sozial erwünschtes oder kontextgebundenes Antwortverhalten bedeuten.

5.2.2 Wahrgenommene Problemdauer

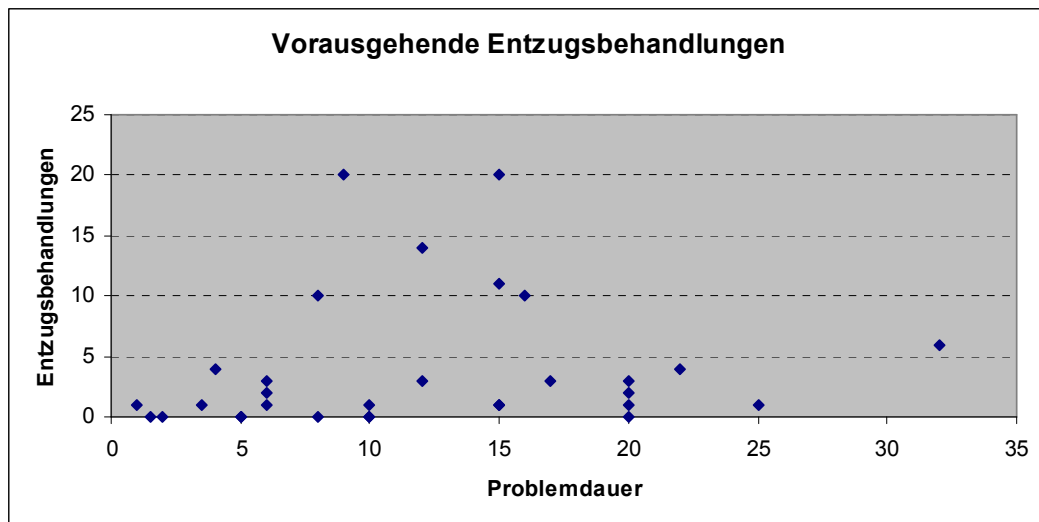
Die durch die Teilnehmer wahrgenommene durchschnittliche Problemdauer betrug bei den Frauen sechs und bei den Männern 14 Jahre mit einer jeweils breiten Streuung (Standarddevianz 4,4 bzw. 7,3) (vgl. Tab. 3 im Anhang, S. 55).

5.2.3 Akzeptanz der Diagnose

Bis auf eine Teilnehmerin (1), die Spielsucht als behandlungsrelevante Erkrankung für sich akzeptierte, gaben alle an, die gestellte Diagnose Alkoholabhängigkeit zu akzeptieren.

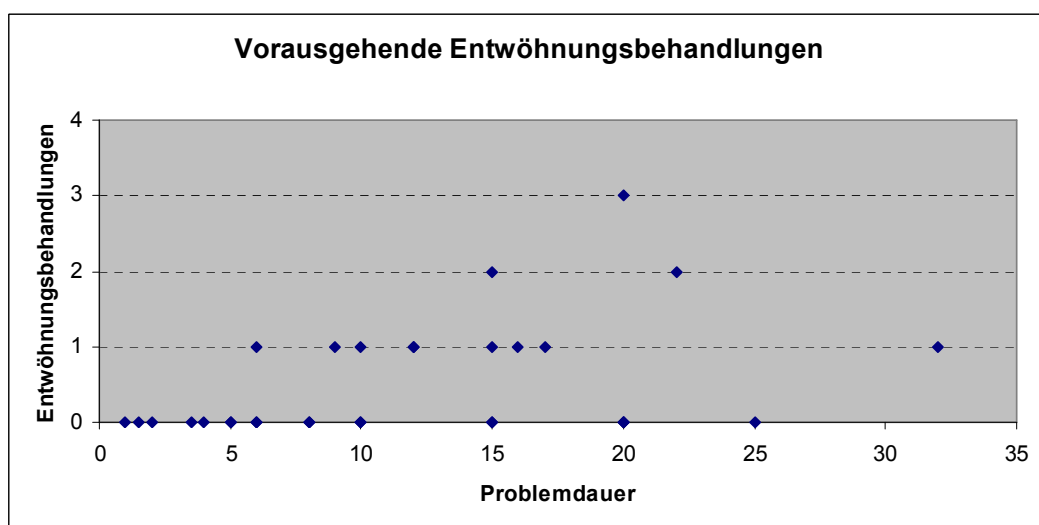
5.2.4 Vorausgehende Entzugsbehandlungen

Es wurde nicht zwischen körperlicher und qualifizierter Entzugsbehandlung differenziert. Von den 31 Teilnehmern befanden sich lediglich zwei Frauen, mit einem wahrgenommenen Problemzeitraum von zwei und fünf Jahren und sechs Männer, deren Problemzeitraum zwischen 1,5 und 20 Jahren lag, in ihrer Erstbehandlung (vgl. Tab. 3 im Anhang, S. 55).



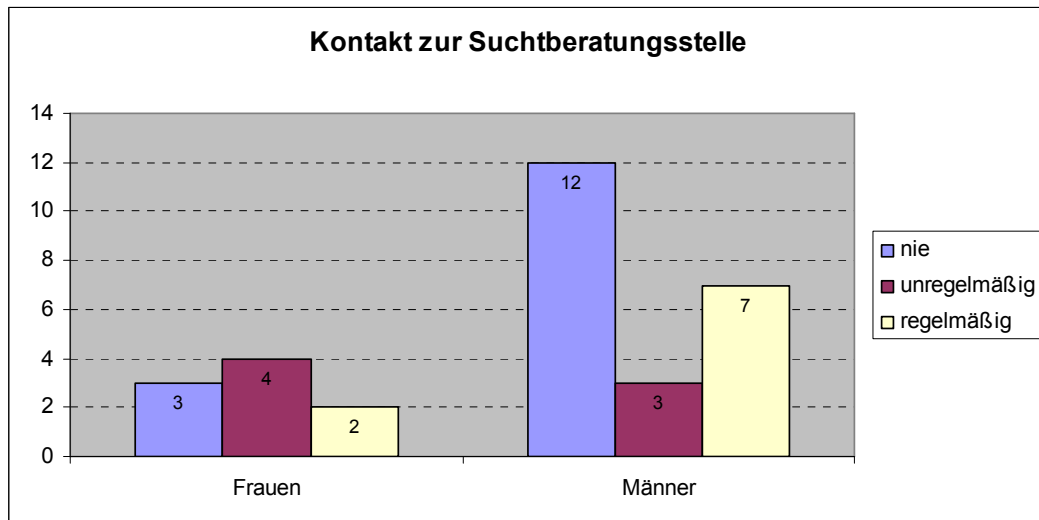
5.2.5 Vorausgehende Entwöhnungsbehandlungen

Zwei Frauen mit einem angegebenen Problemzeitraum von sechs und sechzehn Jahren hatten bisher eine stationäre bzw. eine ambulante Entwöhnungsbehandlung in Anspruch genommen. Sieben Männer hatten eine, zwei Männer zwei und ein Mann drei Entwöhnungsbehandlungen in der Vergangenheit (vgl. Tab. 3 im Anhang, S. 55).



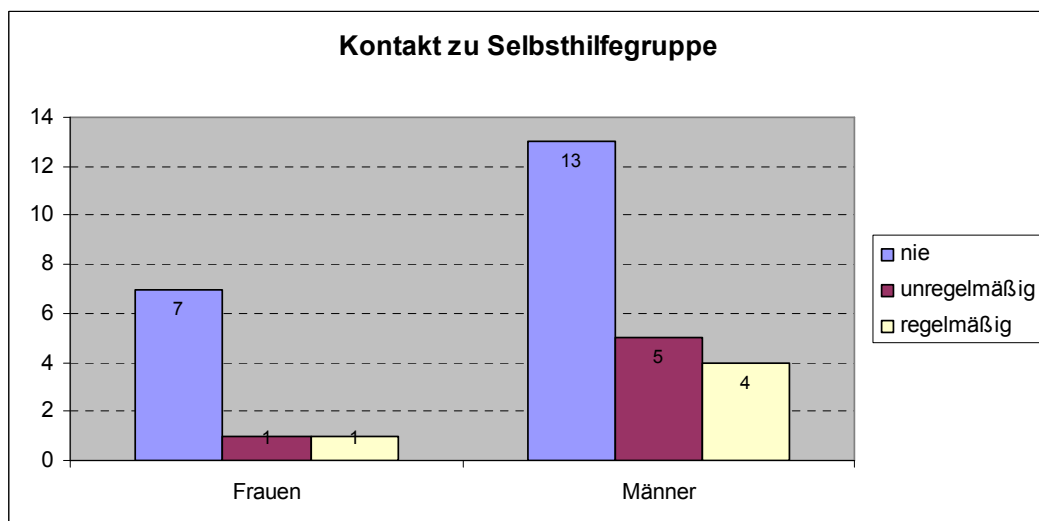
5.2.6 Kontakt zur Suchtberatungsstelle

Etwa die Hälfte aller Befragten, drei Frauen und zwölf Männer, hatten noch nie Kontakt zu einer Suchtberatungsstelle (vgl. Tab. 3 im Anhang, S. 55). Reichlich zwei Drittel dieser Gruppe befanden sich schon in Entzugsbehandlungen, in denen die Beratungsmöglichkeiten vermittelt werden.



5.2.7 Kontakt zu Selbsthilfegruppe

Zwanzig der Befragten, sieben Frauen und 13 Männer, hatten noch nie eine Selbsthilfegruppe für Menschen mit Alkoholabhängigkeit besucht (vgl. Tab. 3 im Anhang, S. 55).



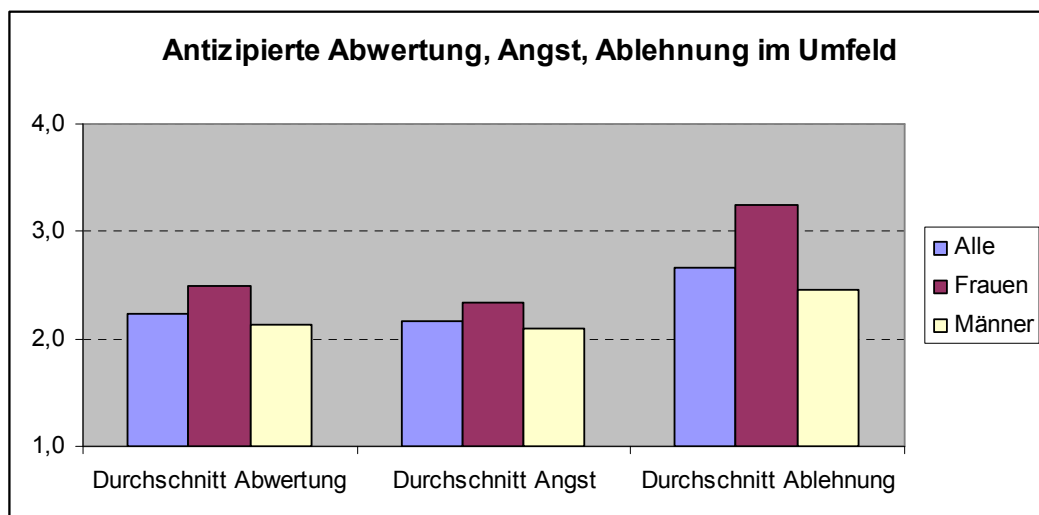
5.3 Stigmatisierungsbezogene Fragen

5.3.1 Verinnerlichte Stereotype über alkoholabhängige Menschen

Überdurchschnittlich häufig beendeten die Probanden der Befragung den Satz „Alkoholabhängige sind in meinen Augen“ mit einem Hinweis auf Alkoholabhängigkeit als Erkrankung. Negative Stereotype wie Labilität, Schwäche, wenig Selbstbewusstsein, seelisches Belastet-Sein wurden nur vereinzelt genannt (vgl. Tab. 4 im Anhang, S. 56), was auf ein sozial erwünschtes bzw. kontextgebundenes Antwortverhalten deutete.

5.3.2 Antizipierte Abwertung, Angst und Ablehnung im Umfeld

Die Fragen 15 bis 17 ermittelten verinnerlichte Annahmen der Teilnehmer, was sie glauben, wie das Umfeld auf Menschen mit Alkoholabhängigkeit reagiert. Bei einem Höchstwert von 4 lagen die Antworten Abwertung und Angst betreffend unter dem Durchschnitt. Ablehnung durch das Umfeld wurde ausgeprägter angenommen. Tendenziell hegten die Frauen die stärkeren Befürchtungen in allen drei Kategorien (vgl. Tab. 5 im Anhang, S. 57).

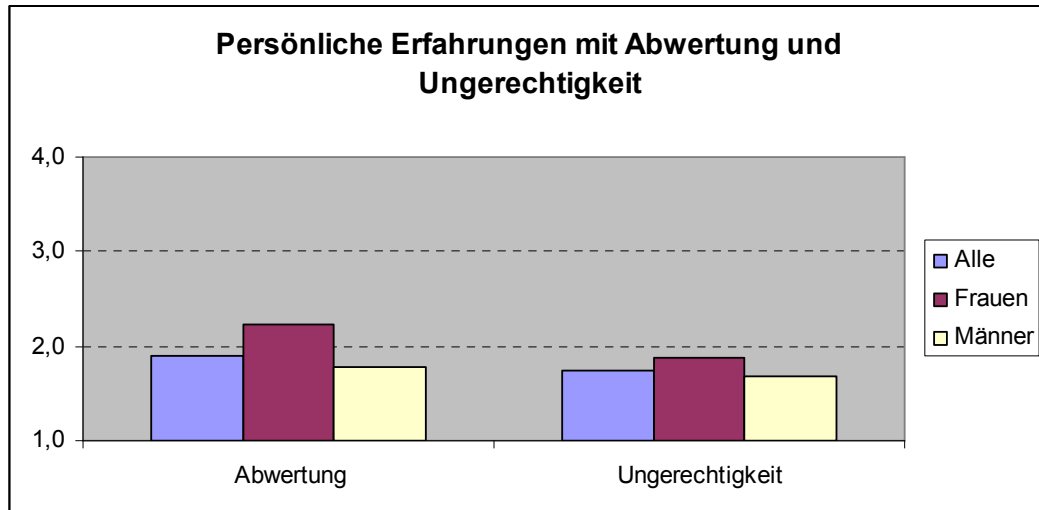


5.3.3 Persönliche Stigmatisierungserfahrungen

Die Fragen 18 und 20 zielten quantitativ auf erlebte Beeinträchtigungen. Die errechneten Zahlenwerte lagen unter dem Durchschnitt. Keine Erfahrungen mit Abwertung, Hänselei oder Schikane zu haben, gaben 13 Befragte an, keine Erfahrungen mit unfairer oder ungerechter Behandlung

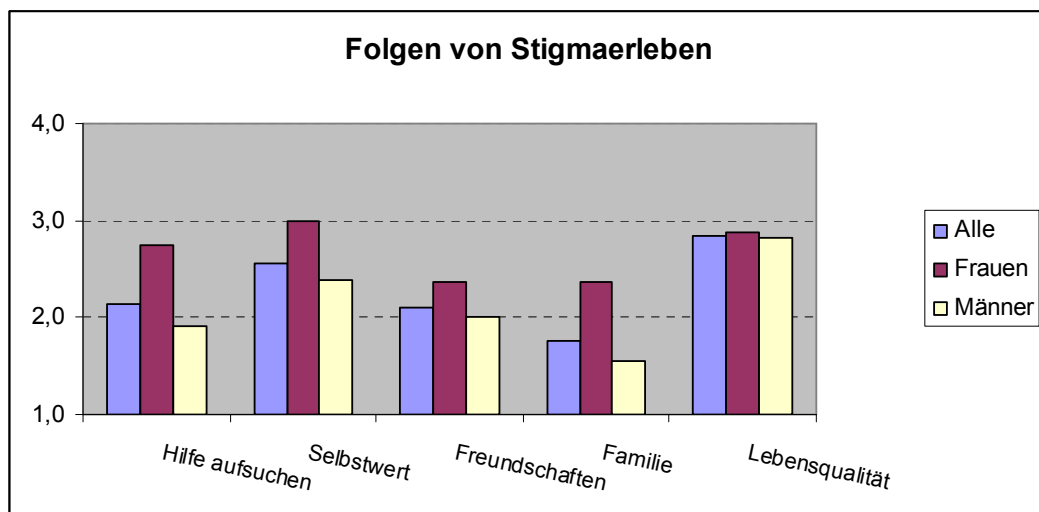
auf Grund ihrer Alkoholabhängigkeit verzeichneten 16 Teilnehmer und Teilnehmerinnen (vgl. Tab. 6 im Anhang, S. 57).

Die Antworten auf die Fragen 19 und 21 erfassen persönliches Stigmaerleben qualitativ (vgl. Tab. 7 und 8 im Anhang, S. 58 und 59).



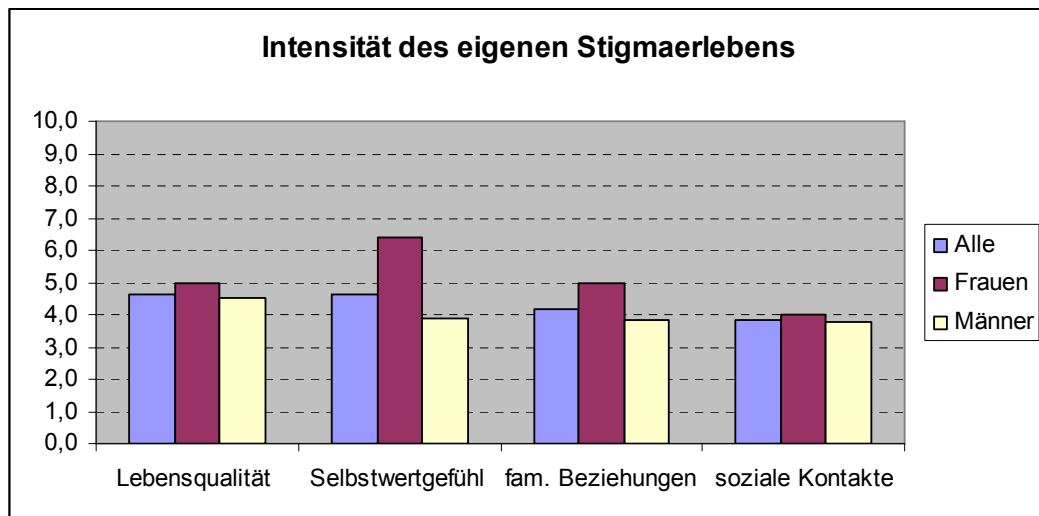
5.3.4 Folgen des Stigmaerlebens

Die Fragen 22 bis 26 erfragten Folgen des Stigmaerlebens in fünf verschiedenen Lebensbereichen: Hilfe aufsuchen, Selbstwertschätzung, die Pflege von freundschaftlichen und familiären Kontakten und Lebensqualität bzw. -zufriedenheit. In der Gesamtwertung wurden die Selbstwertschätzung und die Lebenszufriedenheit als am stärksten, die Pflege familiärer Beziehungen als wenig beeinträchtigt wahrgenommen. In der geschlechtsspezifischen Betrachtung fielen durchweg höhere Werte der Frauen auf (vgl. Tab. 9 im Anhang, S. 60).

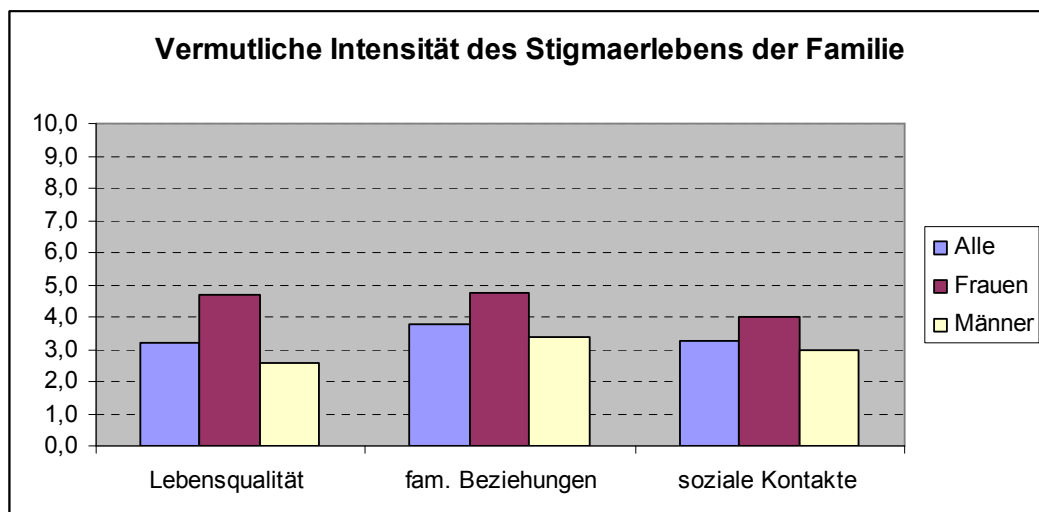


5.3.5 Intensität des Stigmaerlebens

Mit Frage 27 wurde auf einer Skala von 1-10 in den Bereichen Lebensqualität, Selbstwertgefühl, familiäre Beziehungen und soziale Kontakte nach der Intensität persönlich wahrgenommener Beeinträchtigungen gefragt. Die Werte der Gesamtstichprobe und die der Männer blieben unter dem Durchschnitt. Die Frauen verzeichneten im Punkt Lebensqualität und in ihren familiären Beziehungen eine mittlere Beeinträchtigung, die Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls lag über dem Durchschnitt (vgl. Tab. 10 im Anhang, S. 60).



Frage 28 zielte auf die durch die Teilnehmer wahrgenommene Intensität der Stigmaauswirkungen auf Familienmitglieder. Alle Werte lagen unter der Mitte, was bedeutet, dass die stigmatisierende Beeinträchtigung der zugehörigen Familien als sehr gering ausgeprägt wahrgenommen wird (vgl. Tab. 11 im Anhang, S. 61).



6 Diskussion der Ergebnisse

6.1 Gesamteindruck

Insgesamt zeigt sich die Tendenz, dass sich die Befragungsergebnisse auf einer Skala von 1-4 (Fragen 15-18, 20 und 22-26) bzw. 0-10 (Fragen 27 und 28) im mittleren bis unterdurchschnittlichen Bereich bewegen. Dies verschaffte mir zunächst den Eindruck, dass das Stigmaerleben weniger ausgeprägt und weniger intensiv ausfällt, als ich es erwartet hatte. Die Annahme, auf Grund der Alkoholabhängigkeit vom Umfeld abgelehnt zu werden, die Beeinträchtigung der Selbstwertschätzung und des Glaubens an sich selbst sowie der Lebenszufriedenheit und Lebensqualität werden in der Gesamtwertung, wie auch in allen Untergruppierungen, hoch bewertet. Persönliche Stigmatisierungserfahrungen in Form von Abwertung und Ungerechtigkeit scheinen kaum ins Gewicht zu fallen. Die Fähigkeit, Kontakte zur Familie zu pflegen wird ebenfalls als kaum beeinträchtigt angegeben (vgl. Tab. 12 im Anhang). Somit stehen die Angst, auf Grund der Alkoholabhängigkeit abgelehnt zu werden und der reduzierte Selbstwert im Vordergrund. Die reduzierte Lebenszufriedenheit erscheint in diesem Zusammenhang zwangsläufig.

6.2 Überprüfung der Thesen

6.2.1 Stigmabetroffenheit von Frauen

These 1: Frauen leiden stärker unter dem Stigma der Alkoholabhängigkeit als Männer.

Die Frauen zeigen durchgängig höhere Werte als die Männer, was für ein ausgeprägtes Stigmatisierungserleben spricht. Besonders fallen Abwertung und Ablehnung durch das Umfeld, ein verzögertes Hilfesuchverhalten, eine reduzierte Selbstwertschätzung und ein beeinträchtigtes Selbstwertgefühl, wie auch eine verringerte Lebensqualität auf (vgl. Tab. 12 im Anhang, S.61). Damit lässt sich die Annahme, dass Alkoholabhängigkeit für Frauen stärker stigmabehaftet ist als für Männer quantitativ belegen. Die Fragen, die die Stigmatisierungserfahrung und den Umgang damit qualitativ erfassen, wurden von den Frauen und Männern nur sehr lückenhaft beantwortet, so dass diesbezüglich keine geschlechtsspezifischen Aussagen qualifizierbar sind (vgl. Tab. 7 und 8 im Anhang).

6.2.2 Diagnoseakzeptanz und Inanspruchnahme des Hilfesystems

These 2: Die Akzeptanz der Diagnose und die Inanspruchnahme des Hilfesystems verringern das Stigmaerleben.

Diagnoseakzeptanz

Die bis auf eine Ausnahme geäußerte Akzeptanz der gestellten Diagnose, wie auch das vorherrschende Stereotyp der Krankheit (vgl. Tab. 4 im Anhang), haben mich zunächst erstaunt. Im therapeutischen Alltag erlebe ich dies anders. In den Therapiegesprächen mit den Patientinnen und Patienten zeigen sich häufig starke Beharrungskräfte, Menschen mit Alkoholabhängigkeit und somit sich selbst, als dumm, blöd, willens- oder charakter-schwach und labil wahrzunehmen.

Bei der Analyse der Daten der Teilnehmerin 1, die als einzige Teilnehmerin die Diagnose Alkoholabhängigkeit für sich nicht akzeptierte, findet sich lediglich ein Höchstwert (4) bei der Beeinträchtigung der Lebenszufriedenheit durch ihre Erfahrungen mit Vorurteilen in Bezug auf die Alkoholabhängigkeit. Antizipierte Stigmatisierung ist leicht erhöht (3). Alle anderen Werte liegen im unterdurchschnittlichen Bereich oder bei Null, was für eine gering empfundene Stigmatisierung spricht. Es ist nahe liegend, dass jemand, der ein bestimmtes Problem als für sich nicht relevant einschätzt, keine Nachteile deswegen empfindet. Andererseits ist die Auseinandersetzung mit einer Suchterkrankung ein höchst ambivalenter individueller Prozess, der die ebenso vorhandenen erhöhten Werte der Teilnehmerin erklärt.

Zu erkennen, ein Alkoholproblem zu haben, bedeutet einerseits die Möglichkeit zur Veränderung, andererseits aber auch Konfrontation mit dem verbundenen Stigma, wie Teilnehmerin 2 schrieb: Alkoholabhängige sind in meinen Augen „...fast alle. Der größte Teil gesteht es sich aber nicht ein. Und der Teil, der es tut kann etwas in seinem Leben verändern, muss aber mit dieser Bezeichnung leben – Alkoholiker“ (Teilnehmerin 2, Tab. 4 im Anhang, S. 55). Die Annahme des Krankheitsetikettes sehe ich im Hinblick auf die Selbststigmatisierung als Risikofaktor. Die Diagnoseakzeptanz würde also nach diesen Überlegungen zunächst zu einer Stigmaver-

stärkung führen und könnte erst im Laufe eines Auseinandersetzungsprozesses mit der Erkrankung, welcher das Erlernen eines geeigneten Stigmacopings beinhalten sollte, reduziert werden.

Hilfesystem

Im Hinblick auf die Inanspruchnahme des Suchthilfesystems habe ich die Probanden mit häufigen Entzugs- und zwei bzw. mehr Entwöhnungsbehandlungen mit der Gruppe derer verglichen, die bislang noch keinerlei Kontakt zum Hilfesystem (einschließlich Suchtberatung und Selbsthilfegruppe) hatten (vgl. Tab. 13 im Anhang, S. 62). Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen mit häufigen früheren Behandlungen antizipieren stärker Abwertung, Angst und Ablehnung im Umfeld und geben mehr persönliche Stigmaerfahrungen an als die Gruppe ohne Vorbehandlungen. Geringer ausgeprägt erscheinen die Stigmafolgen. Besonders im Aufsuchen von Hilfe fühlen sie sich wenig beeinträchtigt. Möglich ist, dass eine häufige Inanspruchnahme des Hilfesystems zur Entwicklung einer eigenen Kompetenz, dieses zu nutzen, beiträgt. Positive Erfahrungen mit dem Hilfesystem unterstützen dies. In der Praxis erlebe ich jedoch häufig, dass Betroffene im Fall eines Rückfalls (wieder?) lange zögern, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. In aller Regel wird Scham vor den „Helfern“ als Hinderungsgrund angegeben. Aus den Zahlenwerten geht nicht hervor, in welchem Kontext persönliche Stigmaerfahrungen gemacht worden sind. Im Hilfesystem sind sie jedenfalls nicht ausgeschlossen. Neben den Bereichen Partnerschaft, Familie, Freunde, Freizeit, Arbeit und Öffentlichkeit wurden stigmatisierende Erfahrungen durch im Hilfesystem Tätige dreimal genannt (vgl. Tab. 7 und 8 im Anhang).

Offen bleibt, inwiefern die Nutzung des Hilfesystems stigmatisierend erlebt wird. Sich in psychiatrische oder psychologische Behandlung zu begeben ist nach wie vor mit Vorurteilen behaftet, die z. B. der Besuch beim Zahnarzt nicht kennt. Gleiches gilt wahrscheinlich auch für den Besuch von Suchtberatungsstellen und Selbsthilfegruppen. Die Hälfte der Teilnehmer hatte bisher Kontakt zu einer Suchtberatungsstelle, ein Drittel zu einer Selbsthilfegruppe. Dies könnte darin begründet sein, dass die ambulanten

Angebote des Suchthilfesystems nicht bekannt sind. Von den Befragten haben sich aber sieben Frauen und 16 Männer schon in Behandlungen befunden, bei denen davon auszugehen ist, dass über weiterführende Behandlungsmöglichkeiten informiert wurde. Erfahrungen mit dem Hilfesystem verringern das Stigmaerleben nicht zwangsläufig. Um Gründe für die Nichtnutzung des Hilfesystems zu erfahren, sollte genauer nachgefragt werden.

6.2.3 Selbststigmatisierung versus persönliche Erfahrungen

These 3: Die Angst vor Stigmatisierung und somit Selbststigmatisierung ist höher als die persönliche Erfahrung mit Stigmatisierung.

In der Gesamtstichprobe und in der nach Geschlecht getrennten Betrachtung fällt die antizipierte Abwertung, Angst und Ablehnung im Umfeld in den Zahlenwerten stärker aus, als die Intensität persönlicher Stigmatisierungserfahrungen (vgl. Tab. 5 und 6 im Anhang, S. 56). Dies spricht für eine hohe Selbststigmatisierung auf Grund verinnerlichter Stereotype. Das heißt nicht, dass persönliche Erfahrungen nicht ins Gewicht fallen. Selbststigmatisierung bildet durch defensives Verhalten einen Boden für Stigmaerfahrungen von außen.

6.2.4 Stigmafolgen

These 4: Durch das Stigma Alkoholabhängigkeit verzögert sich der Zeitpunkt, sich Hilfe zu suchen und reduziert sich Selbstwertschätzung, die Pflege freundschaftlicher und familiärer Beziehungen sowie die Lebenszufriedenheit.

Am stärksten fällt die Reduktion der Lebenszufriedenheit ins Gewicht, die Frauen betonen auch Beeinträchtigungen im Bereich Hilfesuchen und Selbstwertschätzung. Die Pflege familiärer Kontakte wird als kaum beeinträchtigt erlebt (vgl. Tab. 9 im Anhang, S. 59). Anhand dieser Untersuchung lassen sich die herausgearbeiteten Stigmafolgen nur als Tendenz zeigen. Ein reduzierter Selbstwert geht allerdings auch einher mit einer verringerten Selbstwirksamkeitserwartung, die wiederum Abstinenzsicherheit und -fähigkeit ungünstig beeinflusst.

6.2.5 Auswirkung der Erkrankungsdauer

These: Die Dauer der Erkrankung wirkt sich Stigma verstärkend aus.

Um der Frage nachzugehen, ob die Dauer der Erkrankung das Stigmaerleben positiv oder negativ beeinflusst, klassifiziere ich die angegebene Problemdauer in kurz und lang andauernd (vgl. Tab. 13 im Anhang, S. 62). Die persönlichen Erfahrungen mit Abwertung und ungerechter Behandlung fallen in der Gruppe der langjährig Abhängigen höher aus. Ebenso treten Beeinträchtigungen in der Pflege freundschaftlicher und familiärer Kontakte, sie selbst und die Familienangehörigen betreffend, stärker zu Tage. Die Intensität der Beeinträchtigung von Lebensqualität, Selbstwertgefühl, familiären Beziehungen und sozialen Kontakten wird in der Gruppe mit langer Problemdauer durchweg höher angegeben. Menschen mit lang andauernder Alkoholabhängigkeit drohen zu vereinsamen. In der Gruppe der kurzzeitig von Alkoholabhängigkeit Betroffenen fallen die Werte für antizipierte Abwertung, Angst und Ablehnung im Umfeld höher aus, außerdem ein verzögertes Aufsuchen von Hilfe und eine reduzierte Selbstwertschätzung. Die Daten belegen nicht einfach eine Verstärkung des Stigmaerlebens mit der Erkrankungsdauer sondern eine Verschiebung von zunächst antizipierter Ablehnung und Abwertung im Umfeld hin zu verstärkt persönlichen Stigmaerfahrungen.

6.2.6 Betroffenheit der Familie

These 6: Die Familie ist in ähnlicher Weise vom Stigma Alkoholabhängigkeit betroffen, wie die Erkrankten selbst.

In der Befragung wurden die Angehörigen nicht selbst befragt. Somit können die Daten nur Aufschluss darüber geben, wie stark die Erkrankten die Stigmabetroffenheit der zugehörigen Familienmitglieder wahrnehmen. Die Werte der Gesamtstichprobe, wie auch die der Frauen und Männer getrennt, bleiben unter dem Durchschnitt, wenngleich die Frauen die Belastung der Familienangehörigen stärker wahrnehmen (vgl. Tab. 11 im Anhang, S. 60). Die Teilnehmer mit mehreren Entwöhnungsbehandlungen schätzten die Beziehungen innerhalb der Familie als besonders wenig belastet ein, wohingegen die Teilnehmer mit vielen Entzugsbehandlungen die Intensität der familiären Beeinträchtigung überdurchschnittlich wahr-

nahmen (vgl. Tab. 13 im Anhang, S. 62). Inwiefern sich die Häufigkeit der Behandlungen auf die familiären Beziehungen auswirkt, ist auf Grund der kleinen Stichprobe nicht zu sagen. In aller Regel bringt die Behandlungsaufnahme für die Familie tatsächlich eine Entlastung, die den Betroffenen auch zurück gemeldet wird, wie auch die Möglichkeit, Hoffnung zu schöpfen. Angehörigenseminare und -gespräche vermitteln Krankheitsinformationen, Entlastung, Klärung und können fortfolgend als Gesprächsöffner in der Familie wirken. Andererseits können co-abhängige Strukturen eine scheinbar intakte Familienatmosphäre vorgaukeln. Ich nehme diese Daten als Hinweis, dass das Ausmaß der Betroffenheit von Angehörigen durch die Erkrankten wenig wahrgenommen wird. Internale Abwehrprozesse und Bagatellisierungstendenzen bei den Probanden können die Sicht verfälschen und in einer Haltung „zu Hause ist alles in Ordnung“ münden. Eine Befragung Angehöriger würde über ihre Stigmatisierungsbelastung mehr Aufschluss bringen.

7 Zusammenfassung und Rückschlüsse für die Praxis

Menschen mit Alkoholabhängigkeit gehören zu den Menschen, die mit Stigmatisierung konfrontiert sind, die Untersuchungsergebnisse belegen das. Dennoch besteht für mich eine Diskrepanz zwischen der Aussage, dass Alkoholabhängigkeit zu den am stärksten stigmatisierten psychischen Erkrankungen gehört (siehe Kapitel 3.4.1) und den durch Befragung ermittelten Daten. Hypothetisch lässt sich vermuten, jedoch nicht mit dem aktuellen Zahlenmaterial belegen, dass an Alkoholabhängigkeit Erkrankte abwertende bzw. ungerechte Erfahrungen vor dem Hintergrund des reduzierten Selbstwertes als „normal“ wahrnehmen oder, dass das Stigma der Alkoholabhängigkeit möglicherweise so stark ist, dass es bagatellisiert werden muss. Außerdem ist für mich fraglich geblieben, wie differenziert Beeinträchtigungen durch Stigmatisierung von den Befragten wahrgenommen wurden. Die Beschäftigung damit könnte während einer begonnenen Behandlung und der damit einhergehenden, häufig als hoch empfundenen, Änderungsmotivation eher lästig und unbequem erscheinen. Die aufgestellten Thesen konnten teilweise bestätigt bzw. differenziert werden. Lediglich über die Stigmabelastung der Familienmitglieder ist mit dem vorhandenen Datenmaterial keine Aussage möglich.

Durch die Beschäftigung mit diesem Thema bekam ich wertvolle und konkrete Anregungen für meinen Praxisalltag. Am wichtigsten erscheint mir, dass die Etikettierung ein wesentlicher Baustein im Stigmatisierungsprozess ist, zu dem die Personen des Hilfesystems beitragen (können). Damit eine gewinnbringende Auseinandersetzung mit der Alkoholproblematik möglich ist, muss dieser Prozess sensibel begleitet werden. Die Motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing) nach William Miller und Stephen Rollnick stellt dafür ein geeignetes Instrumentarium zur Verfügung (vgl. Miller, Rollnick 1999).

Zum Einen empfinde ich es als folgerichtig, das während der Behandlung ohnehin latent vorhandene Thema Stigmatisierung in den Psychoedukationsthemenkanon aufzunehmen. Ich verspreche mir davon einen Schritt in Richtung Empowerment. In der Entwicklung von Stigmamanagementstra-

tegien sollte besonderes Augenmerk auf die Arbeit mit verinnerlichten Stereotypen und somit Selbstbild und -wert gelegt werden. Des Weiteren erscheint es mir sinnvoll, Angehörigenseminare bewusst in der Dialog-Form zu gestalten, überlegenswert ist außerdem, dies öfter als bisher einmal monatlich anzubieten. In einer dritten Überlegung erscheint es mir wichtig, Stigma/Stigmatisierung als Weiterbildungsthema anzubieten. Psychisch kranke Menschen, insbesondere Suchtkranke, sind auch im medizinischen Behandlungskontext vor stigmatisierenden Erfahrungen nicht geschützt. Daran, wie selten Betroffene in ihrer PatientInnenrolle dagegen aufbegehren, wie dies in den Fragebögen vermerkt wurde (ein Teilnehmer bat mich, seine Äußerung zu herabsetzenden Erlebnissen auf der Aufnahmestation nicht falsch zu verstehen) und an meiner eigenen Hemmung, strukturelle Stigmatisierung in dieser Arbeit zu thematisieren, wird die starke Tabuisierung spürbar. Auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitssystems haben die gleichen Stereotypen aufgenommen und möglicherweise verleiten frustrierende Erfahrungen im Arbeitsalltag dazu, diese bestätigt zu sehen. Andererseits sind im Arbeitsfeld Sucht Tätigen, wie Protagonisten des Vereins AntiSTigma (AST e. V.) schreiben, ebenfalls Diskriminierung und Stigmatisierung ausgesetzt (vgl. Reimer, Sander 2004, S. 161).

Professionelles Handeln zeichnet sich unter anderem durch Reflektionsbereitschaft und -fähigkeit aus. Um für die Menschen, die sich auf Grund von Alkoholproblemen in Behandlung begeben einen Rahmen zu schaffen, in dem eine angst- und vorurteilsfreie Auseinandersetzung mit der Alkoholproblematik möglich ist und in dem sie weder abgewertet noch als bedauernswerte Betroffene bemitleidet werden, sind regelmäßige Weiterbildung, kollegialer Austausch und Supervision unabdingbar.

8 Kritische Würdigung

Obwohl diese Arbeit mit dem Untertitel den Schwerpunkt auf die Befragung Betroffener legt, fällt dieser Teil zugunsten des Theorieteils geringer aus. Die Herausarbeitung der theoretischen Aspekte wurde mir während der Bearbeitung sehr wichtig. Möglicherweise habe ich mich in der Bearbeitung der Literatur sicherer gefühlt, als im Umgang mit der Befragung. Dennoch habe ich dabei einiges gelernt und würde künftig manches anders gestalten. Für eine Darstellung der Stigmabelastung mit dem Instrument des Fragebogens fiel die Stichprobe zu klein aus. Die Antworten der Teilnehmer wiesen eine große Standarddeviation auf, was für eine heterogene Gruppe spricht und im Gesamtergebnis zu durchschnittlichen bis unterdurchschnittlichen Werten führte. Im Fall einer größer angelegten Befragung sollte der Fragebogen, z. B. die Antwortmöglichkeiten, überarbeitet werden. In der Auswertung der Daten fiel mir auf, dass die Teilnehmer mit einem Sonderschulabschluss, im Gegensatz zu den Teilnehmern mit einem Hochschulabschluss, hohe Werte in der Selbststigmatisierung erzielten. In dieser Stichprobe betraf das lediglich jeweils zwei Teilnehmer, so dass keine signifikante Aussage möglich ist. Die Qualität männlichen und weiblichen Stigma-Erlebens bzw. -Bewältigungsstrategien wurden durch die lückenhafte Beantwortung der qualitativen Fragen nicht deutlich. Um Unterschiede im Umgang mit Stigmatisierung zwischen Männern und Frauen herausarbeiten zu können, könnten sich Interviews als sinnvoll erweisen. Dies, wie auch den Einfluss des Bildungsniveaus genauer zu untersuchen, könnte Aufschluss über den entsprechenden Unterstützungsbedarf geben. Eine weitere qualitative und quantitative Erforschung der Stigmatisierung Suchtkranker wäre wünschenswert und in Kooperation mit Klinik und Hochschule denkbar.

9 Anhang

9.1 Fragebogen

Fragebogen zum Thema Alkoholabhängigkeit und Stigmatisierung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Rahmen meiner Abschlussarbeit des Studiums der Sozialen Arbeit setze ich mich mit dem Thema Alkoholabhängigkeit und Stigmatisierung auseinander. Mit Stigmatisierung ist die Abwertung und Ausgrenzung eines Menschen auf Grund eines besonderen Merkmals, auch einer Erkrankung, gemeint. Neben den Ergebnissen der Stigmaforschung möchte ich die Perspektiven Betroffener erfassen, die in die Abschlussarbeit einfließen sollen. Ich erhoffe mir davon Erkenntnisse, die die Behandlung Suchtkranker verbessern können. In einem Zeitraum von fünf Wochen möchte ich die Patientinnen und Patienten, die auf Station D041 auf Grund einer Alkoholabhängigkeit behandelt werden, anhand eines Fragebogens zu eigenen Stigmatisierungserfahrungen befragen. Die Befragung erfolgt anonym. Bitte nehmen Sie sich Zeit und füllen Sie den Fragenbogen in Ruhe aus. Setzen Sie in die entsprechenden Felder ein Kreuz bzw. beantworten Sie offene Fragen stichpunktartig. Ich danke Ihnen für Ihre Mitarbeit!

1. Seit wie viel Tagen werden Sie auf Station D 041 behandelt? _____

2. Sie sind: weiblich (1) männlich(2)

3. Wie alt sind Sie? _____

4a. Welche Bildungsabschlüsse haben Sie?

(1) Sonderschule

(2) Hauptschule (8. Klasse)

(3) Realschule (10. Klasse)

(4) Abitur

4b.

(1) Berufsausbildung (Lehre)

(2) Fachschule

(3) Hochschule/ Universität

Weiter bitte nächste Seite

5. Sie sind aktuell beschäftigt in:

Vollzeit

Teilzeit

Nicht beschäftigt

6. Sie leben:

Allein

mit **Partner**

mit **Eltern**

Sonstiges _____

7. Weswegen sind Sie in Behandlung?

8. Seit wann bestehen diese Probleme?

9. Akzeptieren Sie die gestellte Diagnose?

Ja

Nein

10. Befanden Sie sich schon einmal in einer Entzugsbehandlung? Wenn ja, wie oft?

11. Haben Sie schon einmal eine Entwöhnungsbehandlung (Langzeittherapie) in Anspruch genommen? Wenn ja, wie oft?

12. Hatten Sie schon Kontakt zu einer Suchtberatungsstelle?

Ja

Nein

Regelmäßig/ Unregelmäßig?

13. Hatten Sie schon Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe für Suchtkranke? **Ja**

Nein

Regelmäßig/ Unregelmäßig?

Weiter bitte nächste Seite

14. Bitte beenden Sie spontan diesen Satz:

Alkoholabhängige sind in meinen Augen _____.

15. Glauben Sie, dass die Menschen in ihrem Umfeld Sie schlechter bewerten, wenn sie wissen, dass Sie alkoholabhängig sind?

Ja (4)	Ich habe oft den Eindruck. (3)	Manchmal habe ich den Eindruck.(2)	Nein (1)
--------	--------------------------------	------------------------------------	----------

16. Glauben Sie, dass die Leute im Durchschnitt Angst vor jemandem haben, der unter einer Alkoholabhängigkeit leidet?

Ja (4)	Ich habe oft den Eindruck. (3)	Manchmal habe ich den Eindruck.(2)	Nein (1)
--------	--------------------------------	------------------------------------	----------

17. Glauben Sie, dass die Leute im Durchschnitt Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit ablehnen?

Ja (4)	Ich habe oft den Eindruck. (3)	Manchmal habe ich den Eindruck.(2)	Nein (1)
--------	--------------------------------	------------------------------------	----------

18. Hat Sie persönlich schon einmal jemand in Bezug auf ihre Alkoholabhängigkeit abgewertet, gehänselt, schikaniert oder belästigt?

Ja (4)	Ich habe oft den Eindruck. (3)	Manchmal habe ich den Eindruck.(2)	Nein (1)
--------	--------------------------------	------------------------------------	----------

19. Wo haben Sie das erlebt? Wie haben Sie darauf reagiert?

20. Haben Sie schon einmal das Gefühl gehabt, dass Sie unfair behandelt wurden oder man Ihnen Ihre Rechte verweigert hat, weil Sie alkoholabhängig sind?

Ja (4)	Ich habe oft den Eindruck. (3)	Manchmal habe ich den Eindruck.(2)	Nein (1)
--------	--------------------------------	------------------------------------	----------

Weiter bitte nächste Seite

21. Wo haben Sie das erlebt? Wie haben Sie darauf reagiert?

22. Haben Ihre Erfahrungen mit Vorurteilen in Bezug auf die Alkoholabhängigkeit dazu geführt, dass sie gezögert haben, Hilfe aufzusuchen?

Ja (4)	Ich habe oft den Eindruck. (3)	Manchmal habe ich den Eindruck.(2)	Nein (1)
--------	--------------------------------	------------------------------------	----------

23. Haben Ihre Erfahrungen mit Vorurteilen in Bezug auf die Alkoholabhängigkeit dazu geführt, dass Sie sich weniger wertschätzen, Sie weniger an sich oder Ihre Fähigkeiten glauben?

Ja (4)	Ich habe oft den Eindruck. (3)	Manchmal habe ich den Eindruck.(2)	Nein (1)
--------	--------------------------------	------------------------------------	----------

24. Haben Ihre Erfahrungen mit Vorurteilen in Bezug auf die Alkoholabhängigkeit Ihre Fähigkeit beeinträchtigt, Freundschaften zu schließen oder aufrecht zu erhalten?

Ja (4)	Ich habe oft den Eindruck. (3)	Manchmal habe ich den Eindruck.(2)	Nein (1)
--------	--------------------------------	------------------------------------	----------

25. Haben Ihre Erfahrungen mit Vorurteilen in Bezug auf die Alkoholabhängigkeit Ihre Fähigkeit beeinträchtigt, den Kontakt zu Ihrer Familie zu pflegen?

Ja (4)	Ich habe oft den Eindruck. (3)	Manchmal habe ich den Eindruck.(2)	Nein (1)
--------	--------------------------------	------------------------------------	----------

26. Haben Ihre Erfahrungen mit Vorurteilen in Bezug auf die Alkoholabhängigkeit Ihre Lebenszufriedenheit oder Lebensqualität beeinträchtigt?

Ja (4)	Ich habe oft den Eindruck. (3)	Manchmal habe ich den Eindruck.(2)	Nein (1)
--------	--------------------------------	------------------------------------	----------

Weiter bitte nächste Seite

27. Auf einer Skala, auf der 0 das kleinste mögliche Ausmaß und 10 das höchstmögliche Ausmaß ist, wie stark haben Vorurteile in Bezug auf die Alkoholabhängigkeit **Sie persönlich** beeinträchtigt? Setzen Sie bitte jeweils ein Kreuz.

in:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ihrer Lebens- qualität											
Ihrem Selbst- wertgefühl											
Ihren familiären Beziehungen											
Ihren sozialen Kontakten											

28. Auf einer Skala, auf der 0 das kleinste mögliche Ausmaß und 10 das höchste mögliche Ausmaß ist, wie stark haben Ihrer Meinung nach Vorurteile in Bezug auf die Alkoholabhängigkeit **Ihre Familienmitglieder** beeinträchtigt? Setzen Sie bitte jeweils ein Kreuz.

in:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ihrer Lebens- qualität											
ihren innerfami- liären Bezie- hungen											
ihren sozialen Kontakten											

Damit eine sinnvolle Auswertung der Fragebögen möglich ist, bitte ich Sie zu überprüfen, ob Sie alle Fragen beantwortet haben.

Ich bedanke mich herzlich für Ihre Mitwirkung.

9.2 Tabellen

Tabelle 1: Selektion der Stichprobe

	Frauen	Männer	Gesamt
Gesamtzahl der Aufnahmen im Befragungszeitraum	14	32	46
Starke kognitive Beeinträchtigungen	2	8	10
Unzureichende Deutschkenntnisse	2	/	2
Umgehende Weiterverlegung	/	2	2
Umgehende Entlassung	1	/	1
Teilnehmer der Stichprobe	9	22	31

Tabelle 2: Behandlungsgrund

Frauen	
1	Depressionen, Suizid, Spielsucht, unkontrollierter Alkoholkonsum
2	Alkoholabhängigkeit
3	Alkoholabhängigkeit
4	Alkoholabhängigkeit
5	Alkohol
6	Depressionen
7	Alkohol, Depressionen
8	Alkohol
9	Alkoholsucht, Depressionen
Männer	
1	Alkohol
2	Alkohol, Tabletten
3	Alkohol
4	Alkoholentzug
5	Alk-Sucht
6	Alkoholabhängigkeit
7	Alkoholabhängigkeit
8	Alkoholabhängigkeit
9	Alkoholabhängigkeit
10	Alkoholsucht
11	Alkoholsucht und z. T. Depressionen
12	Entzug
13	Rückfall, Alkoholismus, Depressionen
14	Alkoholabhängigkeit
15	Alkoholkrankheit
16	Entzug (Alkohol)
17	Rückfall
18	Alkoholproblem
19	Alkoholproblem
20	Rückfall (Alkohol)
21	Alkoholentgiftung
22	Alkoholabhängigkeit

Tabelle 3: Wahrgenommene Problemdauer (PD) in Jahren, Entzugsbehandlungen (EZ), Entwöhnungsbehandlungen (EWB), Kontakt Suchtberatungsstelle (SBS), Kontakt Selbsthilfegruppe (SHG), R = regelmäßig, U = unregelmäßig, N = nicht, Frauen (F), Männer (M)

	PD F	EZ F	EWB F	SBS F	SHG F	PD M	EZ M	EWB M	SBS M	SHG M
1	2	0	0	U	N	5	0	0	N	N
2	3,5	1	0	N	N	20	1	0	R	N
3	6	3	1	R	N	10	0	0	R	N
4	16	10	1	U	N	12	14	1	U	N
5	1	1	0	U	U	15	20	2	N	U
6	8	10	0	N	N	22	4	2	R	R
7	5	0	0	R	R	25	1	0	N	N
8	6	1	0	N	N	15	1	0	N	N
9	6	2	0	U	N	1,5	0	0	N	N
10						15	1	0	N	U
11						20	0	0	N	N
12						17	3	1	U	N
13						12	3	1	R	R
14						15	11	1	N	N
15						4	4	0	N	N
16						32	6	1	N	U
17						20	2	0	R	R
18						10	1	1	N	U
19						8	0	0	N	N
20						20	3	3	U	U
21						10	0	0	R	N
22						9	20	1	R	R

Tabelle 4 „Alkoholabhängige Menschen sind in meinen Augen ...“

Frauen	
1	krank und schwach.
2	fast alle. Der größte Teil gesteht es sich aber nicht ein. Und der Teil der es tut, kann etwas in seinem Leben verändern, muss aber mit dieser Bezeichnung leben – Alkoholiker.
3	krank.
4	krank.
5	krank.
6	eigentlich tabu.
7	kranke Menschen.
8	krank.
9	Menschen mit großen seelischen Belastungen und wenig Selbstbewusstsein.
Männer	
1	Leute, die Hilfe brauchen.
2	krank.
3	krank.
4	krank.
5	labile Menschen.
6	normale Menschen, die krank sind.
7	kranke Menschen.
8	belastend.
9	kranke Menschen.
10	krank!
11	krank aus verschiedenen Ursachen.
12	auch nur Menschen.
13	suchtkrank.
14	suchtkrank.
15	krank.
16	/
17	auch nur Menschen, nur müssen sie ihr Problem in den Griff bekommen.
18	krank.
19	genauso wie jeder anderer Mensch, nur dass sie ein Alkoholproblem haben.
20	auch nur Menschen.
21	zu bedauern.
22	Erkrankte, denen die drohende Abhängigkeit durch den schleichenden Verlauf zu spät ersichtlich wurde.

Tabelle 5: Antizipierte Abwertung, Angst und Ablehnung im Umfeld (Höchstwert 4)

	Abwertung	Standard-deviation	Angst	Standard-deviation	Ablehnung	Standard-deviation
Frauen (n = 9)	2,5	1,1	2,3	0,0	3,3	0,7
Männer (n = 22)	2,1	1,1	2,1	1,0	2,5	1,0
Alle (n = 31)	2,2	1,1	2,2	0,9	2,7	1,0

Tabelle 6: Persönliche Stigmatisierungserfahrung (Höchstwert 4)

	Abwertung Frage 18	Standard-deviation	Ungerechtigkeit Frage 20	Standard-daviation
Frauen (n = 9)	2,2	0,8	1,9	0,1
Männer (n = 22)	1,8	0,9	1,7	0,8
Alle (n = 31)	1,9	0,9	1,7	0,9

Tabelle 7: Qualitative Erfassung von Stigmaerleben (Abwertung, Hänselei, Schikane; Belästigung)

Frauen	
1	Mein Partner hat öfters gesagt, trink bitte nicht viel.
2	Auf einer Feier – aber niemand wusste von dieser Krankheit. Schon allein wenn man nichts trinkt, gilt dies als unnormal.
3	Meist von meinen Söhnen. War einfach wütend über mich und habe mich geschämt.
4	In verschiedenen Situationen, kann ich nicht klar benennen.
5	/
6	/
7	Im Gartenverein, ich habe es „überhört“.
8	/
9	Beim Kauf von größeren Mengen Alkohol: Ich habe mich als Versagerin gefühlt, weil ohne Alkohol nichts mehr ging.
Männer	
1	/
2	/
3	Auf Arbeit.
4	/
5	Es gibt genug Nüchterne, die nicht normal sind.
6	/
7	/
8	Ignoriert.
9	/
10	In meiner Ehe.
11	Frau war erschrocken, als sie davon erfuhr! Habe versucht, ihr das zu erklären!
12	Im Nachhinein ist das ein breites Spektrum, wobei ich feststellen musste, dass sich das durch alle möglichen Lebensbereiche gezogen hatte, reagieren oder das bewerten konnte ich meistens erst viel später
13	/
14	Ich habe das oft in der Stadt beobachtet, ich habe darauf gar nicht reagiert
15	/
16	Im Haus und im Familienkreis, auf der Straße.
17	Bei meiner Ehefrau; habe dann wieder mehr getrunken.
18	/
19	In einem Bewerbungsgespräch; enttäuscht und gereizt.
20	/
21	Unsicherheit, Zorn
22	Abhängige werden oft zweitklassig gesehen. Aber: Überwinden sie ihre Sucht, sind Abhängige oft die besseren Menschen.

Tabelle 8: Qualitative Erfassung von Stigmaerleben (Frage 21: unfaire, ungerechte Behandlung)

Frauen	
1	Auf Arbeit; von meinem Bruder
2	/
3	Zu Hause, am Arbeitsplatz; Habe mich zurückgezogen und mehr getrunken.
4	Auf Station D 022, Zigaretten ohne ersichtlichen Grund weggeschlossen; verärgert
5	/
6	/
7	/
8	/
9	Als ich Alkohol kaufen wollte und kaum noch stehen konnte, wurde mir der Kauf verweigert.
Männer	
1	Beim Autofahren auch wenn ich nüchtern war.
2	/
3	/
4	Langzeittherapie
5	Das Leben ist ein Theater, jeder spielt seine von Gott gegebene Rolle.
6	/
7	/
8	Freundeskreis
9	/
10	/
11	/
12	Fahrzeugschlüssel weggenommen; leicht sauer.
13	In gewissen Dingen wird da die Zumutbarkeit in Frage gestellt...
14	/
15	/
16	In der Familie; gar nicht [reagiert]
17	Wenn ich nichts getrunken hatte war alles in Ordnung.
18	/
19	/
20	Bei einem Bewerbungsgespräch; enttäuscht und gereizt
21	/
22	Familiär. Personen des näheren Umfeldes. Gelegentlich im Krankenhaus, speziell Dresdner Straße. Mit Ruhe [reagiert], da Unwissenheit eine Dummheit der Menschen ist

Tabelle 9: Folgen von Stigmatisierung

(verzögertes Hilfesuchen F 22, reduzierte Selbstwertschätzung F 23, Pflege freundschaftlicher Kontakte F 24; Pflege familiärer Kontakte F 25; Beeinträchtigung der Lebenszufriedenheit/Lebensqualität F 26) (Höchstwert 4)

	F 22	St.- dev.	F 23	St.- dev.	F 24	St.- dev.	F 25	St.- dev.	F 26	St.- dev.
F (n=9)	2,8	1,0	3,0	0,8	2,4	1,1	2,4	1,2	2,9	1,0
M (n=22)	1,9	1,1	2,4	0,9	2,0	0,9	1,5	0,8	2,8	0,9
Alle (n=31)	2,1	1,1	2,6	0,9	2,1	0,9	1,8	1,0	2,8	0,9

Tabelle 10: Intensität persönlicher Stigmatisierungserfahrung (Skala von 0-10)

	Lebens qualität	St.- dev.	Selbst- wert- gefühl	St.- dev.	Fam. Bezie- hungen	St.- dev.	Soz. Kon- takte	St.- dev.
Frauen (n = 9)	5,0	2,4	6,4	2,3	5,0	4,1	4,0	3,4
Männer (n = 22)	4,5	2,2	3,9	2,2	3,9	3,4	3,8	3,3
Alle (n = 31)	4,6	2,2	4,6	2,5	4,2	3,5	3,9	3,3

Tabelle 11: Intensität der wahrgenommenen Stigmatisierungserfahrung der Familie (Skala von 0-10)

	Lebens- qualität	St.-abw.	Fam. Beziehung	St.-abw.	Soziale Kontakte	St.-abw.
Frauen (n = 9)	4,7	3,1	4,8	3,9	4,0	3,9
Männer (n = 22)	2,6	2,4	3,4	3,0	2,9	2,9
Alle (n = 31)	3,2	2,7	3,8	3,3	3,3	3,2

Tabelle 12: Vergleich Frauen-Männer-Gesamt (Höchstwert Fragen 15-18, 20, 22-26: 4, Fragen 27-28 Skala von 0-10)

	Frauen (n=9)	Männer (n=22)	Gesamt (n=31)
Durchschnittsalter	47	47	47
Durchschnittlicher PZR	6	14	12,0
Anzahl Entzugsbehandlungen	3	4	4,
Anzahl Entwöhnungsbehandlungen	0,2	0,6	0,5
Frage 15: Abwertung im Umfeld	2,5	2,1	2,2
Frage 16: Angst im Umfeld	2,3	2,1	2,2
Frage 17: Ablehnung im Umfeld	3,3	2,5	2,7
Frage 18: Erfahrung Abwertung	2,2	1,8	1,9
Frage 20: Erfahrung Ungerechtigkeit	1,9	1,7	1,7
Frage 22: Verzögertes Hilfesuchen	2,8	1,9	2,1
Frage 23: Selbstwertschätzung	3,0	2,4	2,6
Frage 24: Pflege Freundschaften	2,4	2,0	2,1
Frage 25: Familiäre Beziehungen	2,4	1,5	1,8
Frage 26: Lebenszufriedenheit	2,9	2,8	2,8
Frage 27: Lebensqualität (s)	5,0	4,5	4,6
Selbstwertgefühl (s)	6,4	3,9	4,6
Familiäre Beziehungen (s)	5,0	3,9	4,2
Soziale Kontakte (s)	4,0	3,8	3,9
Frage 28: Lebensqualität (f)	4,7	2,6	3,2
Familiäre Beziehungen (f)	4,8	3,4	3,8
Soziale Kontakte (f)	4,0	2,9	3,3

Tabelle 13: Vergleich kurze/ lange Problemdauer (PD), keine/viele Entzugsbehandlungen (EZ), keine/zwei bzw. drei Entwöhnungsbehandlungen

	kurze PD (n=5)	lange PD (n=7)	keine EZ (n=8)	viele EZ (n=6)	keine EWB (n=19)	2 bzw. 3 EWB (n=3)
Altersdurchschnitt	38	52	44	47	46	55
PD (Durchschnitt)	2,4	22,7	8	13	10	19
Abwertung im Umfeld	2,2	2,1	1,9	2,2	1,9	2,7
Angst im Umfeld	2,4	2,1	2,4	2,2	2,0	2,7
Ablehnung im Umfeld	3,0	2,3	2,5	2,8	2,5	2,7
Erfahrung Abwertung	1,6	2,0	1,8	2,0	1,8	2,0
Erfahrung Ungerechtigkeit	1,2	1,6	1,5	2,0	1,4	2,3
Verzögertes Hilfesuchen	2,4	1,9	2,1	1,5	2,3	1,0
Selbstwert-schätzung	2,6	2,4	2,4	2,0	2,6	1,7
Pflege Freundschaften	1,8	2,4	1,8	2,0	2,0	2,0
Familiäre Beziehungen	1,8	1,9	1,5	1,7	1,7	1,3
Lebens-zufriedenheit	3,0	2,9	3,1	2,3	2,9	2,3
Lebens-qualität (s)	3,4	4,6	4,6	4,7	4,2	3,0
Selbstwert-gefühl (s)	3,8	4,0	4,6	4,3	4,6	3,3
Fam. Beziehungen (s)	2,6	3,0	2,6	6,0	3,1	1,0
Soziale Kontakte (s)	1,6	3,7	3,1	4,0	3,4	1,7
Lebens-Qualität (f)	2,4	2,6	1,6	4,0	2,6	1,3
Familiäre Beziehungen (f)	2,2	3,0	1,7	5,2	2,6	1,0
Soziale Kontakte (f)	0,6	2,2	2,2	4,7	2,4	1,0

9.3 Literaturliste

Bücher

Finzen, Asmus (2001): Psychose und Stigma. Stigmabewältigung – zum Umgang mit Vorurteilen und Schuldzuweisung. 2. korrigierte Auflage Bonn: Psychiatrie Verlag gGmbH.

Franke, Alexa (2005): Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit bei Frauen. In: Singer, Manfred V., Teyssen, Stephan (Hg.): Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Grundlagen – Diagnostik – Therapie. 2. Auflage Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Goffman, Erving (1975): Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. 1. Auflage Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Verlag.

Grausgruber, Alfred (2005): Stigma und Diskriminierung psychisch Kranker. Formen und Entstehungsmodelle. In: Gaebel, Wolfgang, Möller, Hans-Jürgen, Rössler, Wulf (Hg.): Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Hohmeier, Jürgen (1975): Stigmatisierung als sozialer Definitionsprozess. In: Brusten, Manfred, Hohmeier, Jürgen (Hg.): Stigmatisierung 1. Zur Produktion gesellschaftlicher Randgruppen. Neuwied, Darmstadt: Hermann Luchterhand Verlag.

Kardorff, Ernst von (2008): Kein Ende der Ausgrenzung Ver-rückter in Sicht? In: Anhorn, Roland, Bettinger, Frank, Stehr, Johannes (Hg.): Sozialer Ausschluss und soziale Arbeit. Positionsbestimmungen einer kritischen Theorie und Praxis Sozialer Arbeit (Perspektiven kritischer Sozialer Arbeit). 2. überarbeitete und erweiterte Auflage Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Körkel, Joachim (2010): Kontrolliertes Trinken: Wissenschaftliche Fakten versus Mystizismen. In: Der Geist der Deutschen Mäßigkeitsbewegung. Debatten um Alkohol und Trinken in Vergangenheit und Gegenwart. Magdeburger Reihe der Hochschule Magdeburg-Stendal (FH), Halle (Saale): Mitteldeutscher Verlag GmbH.

Legnaro, Aldo (1982): Alkoholkonsum und Verhaltenskontrolle - Bedeutungswandel zwischen Mittelalter und Neuzeit in Europa. In: Völger, Gisela, Welck, Karin von: Rausch und Realität. Drogen im Kulturvergleich. Band 1 Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.

Miller, William R., Rollnick, Stephen (1999): Motivierende Gesprächsführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.

Pupato, Katharina (2005): Psychiatrie in den Medien. In: Gaebel, Wolfgang, Möller, Hans-Jürgen, Rössler, Wulf (Hg.): Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Scheff, Thomas J. (1980): Das Etikett „Geisteskrankheit“. Soziale Interaktion und psychische Störung. Ungekürzte Ausgabe Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

Schulze, Beate (2005): Stigmatisierungserfahrungen von Betroffenen und Angehörigen: Ergebnisse von Fokusgruppeninterviews. In: Gaebel, Wolfgang, Möller, Hans-Jürgen, Rössler, Wulf (Hg.): Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Schmidt, Lothar (1997): Alkoholkrankheit und Alkoholmissbrauch. 4. Auflage Stuttgart, Berlin, Köln: Verlag W. Kohlhammer.

Soyka, Michael (1999): Alkoholabhängigkeit. Grundlagen und Therapie. In: Schäfer-Korting, Monika (Hg.): Optimierte Arzneimitteltherapie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag.

Spode, Hasso (1993): Die Macht der Trunkenheit. Kultur- und Sozialgeschichte des Alkohols in Deutschland. Opladen: Verlag Leske und Budrich.

Spode, Hasso (2001): Alkoholische Getränke. In: Hengartner, Thomas, Merki, Christoph Maria (Hg.): Genussmittel. Eine Kulturgeschichte. 1. Auflage Frankfurt am Main und Leipzig: Insel Verlag.

Spode, Hasso (2010): „Extrem hoher Alkoholkonsum“ - Thematisierungskonjunkturen des sozialen Problems „Alkohol“. In: Der Geist der Deutschen Mäßigkeitsbewegung. Debatten um Alkohol und Trinken in Vergangenheit und Gegenwart. Magdeburger Reihe der Hochschule Magdeburg-Stendal (FH), Halle (Saale): Mitteldeutscher Verlag GmbH.

Zäske, Harald, Baumann, Anja, Gaebel, Wolfgang (2005): Das Bild des psychisch Kranken und der psychiatrischen Behandlung in der Bevölkerung. In: Gaebel, Wolfgang, Möller, Hans-Jürgen, Rössler, Wulf (Hg.): Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Zeitschriften

Angermeyer, Matthias C., Matschinger, Herbert, Grobel, Stephan (1995): Einstellung der Bevölkerung zu Alkoholkranken. Teil 1 und 2: Stereotyp und Stigmatisierung. In: Sucht 41 (4) 1995: 232-244.

Angermeyer, Matthias C., Matschinger Herbert (1996): Soziale Distanz der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken. In: Das Gesundheitswesen Sonderheft 1 58/1996:18-24.

Angermeyer, Matthias C. (2003): Das Stigma psychischer Krankheit aus der Sicht der Patienten – Ein Überblick. In: Psychiatrische Praxis 2003;30:358-366.

Angermeyer, Matthias C., Holzinger, Anita (2005): Erlebt die Psychiatrie zur Zeit einen Boom der Stigmaforschung? Eine Analyse wissenschaftlicher Zeitschriften. In: Psychiatrische Praxis 2005;32:399-407.

Holzinger, Anita, Meck, Michael, Munk, Ingrid, Weithaas, Sandra, Angermeyer, Matthias C. (2003): Das Stigma psychischer Krankheit aus der Sicht schizophren und depressiv Erkrankter. In: Psychiatrische Praxis 2003;30:395-401.

Kardorff, Ernst von (2010): Stigmatisierung, Diskriminierung und Exklusion psychisch kranker Menschen. Soziologische Anmerkungen zu einer ärgerlichen gesellschaftlichen Tatsache und einem fortlaufenden Skandal. In: Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe e. V. (Hg.) Die Kerbe – Forum für Sozialpsychiatrie 4/2010;4-7.

Katsching, Heinz (2002): Stigmarelevante historische Wurzeln des Schizophreniekonzepts in Kraepelins, Bleulers und Schneiders Werk. In: Neuropsychiatrie, Bd. 16, Nr. 1 und 2/2002;11-19.

Keyes, M. Katherine (2011): Alkoholabhängigkeit: Stigmatisierung verhindert Therapie. In: Neuro Depesche 2011;14(5):27.

Nieuwenboom, Wim (2012): Die Stigmatisierung Angehöriger von SuchtpatientInnen. In: SuchtMagazin 1/2012;19-22.

Reimer, Jens, Sander, Greif (2004): Wider die Stigmatisierung Suchtkranker. In: Suchttherapie 2004;5:161.

Rüsch, Nicolas, Angermeyer, Matthias C., Corrigan, Patrick W. (2005): Das Stigma psychischer Erkrankung: Konzepte Formen und Folgen. In: Psychiatrische Praxis 2005;32:221-232.

Schomerus, Georg (2009): Steine auf dem Weg – Stigma und Hilfesuchverhalten. In: Psychiatrische Praxis 2009;36:53-54.

Schomerus, Georg (2011): Warum werden Menschen mit Alkoholabhängigkeit in besonderer Weise stigmatisiert, und was kann man dagegen tun? In: Psychiatrische Praxis 2011;38:109-110.

Schomerus, Georg, Lucht, Michael, Holzinger, Anita, Matschinger, Herbert, Carta, Mauro G., Angermeyer, Matthias C. (2011): The Stigma of Alcohol Dependence Compared with Other Mental Disorders: A Review of Population Studies. In: Alcohol and Alcoholism Vol.46, No. 2, pp. 105-112.

Schulze, Beate, Stuart, Heather, Riedel-Heller, Steffi G. (2009): Das Inventar Subjektiver Stigmaerfahrungen (ISE): Ein neues Instrument zur quantitativen Erfassung subjektiven Stigmas. In: Psychiatrische Praxis 2009; 36:e19-e27.

Sonstige Veröffentlichungen

Legnaro, Aldo (1991): Rausch und Sucht als Kulturphänomen In: MAGS (Hg.) Symposium Prävention zwischen Genuss und Sucht. Dokumentation einer Gemeinschaftsveranstaltung des Arbeitskreis Drogenhilfe Köln e. V., GINKO Mülheim an der Ruhr im Auftrag des Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales unter Mitwirkung der Arbeitsgemeinschaft Prophylaxe in Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf, S. 21-27.

Steppan, Martin, Künzel, Jutta, Pfeiffer-Gerschel, Tim (2012): Suchtkrankenhilfe in Deutschland 2011. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). IFT Institut für Therapieforschung, München.

Gesetze:

AGG - Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (Antidiskriminierungsgesetz) Ausfertigungsdatum: 14. August 2006; BGBl. I S. 1897, zuletzt durch Artikel 15 Absatz 66 des Gesetzes vom 5. Februar 2009 (BGBl. I S. 160) geändert.

BGG - Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen (Behindertengleichstellungsgesetz) Ausfertigungsdatum: 27.04.2002; BGBl. I S. 1467, 1468, zuletzt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 19. Dezember 2007 (BGBl. I S. 3024) geändert.

Internet:

Jahrbuch Sucht DHS <http://www.dhs.de/datenfakten/alkohol.html> aufgerufen am 01.01.2013, 19.27 Uhr.

Köbler, Gerhard (1995): Deutsches Etymologisches Wörterbuch. <http://www.koeblergerhard.de/der/DERS.pdf> aufgerufen am 01.12.2012, 17.00 Uhr.

Pons Stigma: <http://de.pons.eu/dict/search/results/?l=de&q=stigma> aufgerufen am 01.12.2012, 16.40 Uhr.

Schacke, Joachim (2008): Die Entwicklung der Suchttheorie. Von den Anfängen bis in die Gegenwart. iems2009.com/repository/media/news/Suchttheorie.pdf aufgerufen am 19.12.2012, 16.12 Uhr.

Spode, Hasso (2007): Zum Wandel der gesellschaftlichen Einstellung zum Thema ‚Alkohol‘. Grundsatzreferat DHS Fachkonferenz 12 – 14.11.2007: Alkohol – Neue Strategien für ein altes Problem? In: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Veranstaltungen/Fachkonferenz_2007/beitrag_spode.pdf aufgerufen am 20.11.2012, 11.57 Uhr.

Wikipedia: labeling theory: http://en.wikipedia.org/wiki/Labeling_theory
aufgerufen am 07.12.2012, 18.27 Uhr.

9.4 Erklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Chemnitz, 18.01.2013